

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK KELUARGA DAN KEBIASAAN MAKAN  
DENGAN STATUS GIZI ANAK BADUTA DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS MINASA UP  
TAHUN 2012**



**SKRIPSI**

**Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Meraih Gelar Sarjana**

**Kesehatan Masyarakat Jurusan Kesehatan Masyarakat**

**Pada Fakultas Ilmu Kesehatan**

**UIN Alauddin Makassar**

**OLEH**

**HELMI**

**70200108037**

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT**

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

**UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN**

**MAKASSAR**

## **PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI**

Dengan penuh kesadaran, penulis yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa skripsi ini benar adalah hasil karya penulis sendiri, jika kemudian terbukti bahwa skripsi ini merupakan duplikat, tiruan, plagiat atau dibuat dengan bantuan orang lain secara keseluruhan atau sebagian, maka skripsi ini atau gelar yang diperoleh karenanya batal demi hukum.

Makassar, 4 September 2012

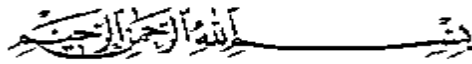
Penulis

**Helmi**

**NIM 70200108037**

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
**ALAUDDIN**  
M A K A S S A R

## KATA PENGANTAR



*Allahumma shalli ala Muhammad Wa ali Muahmmad*

Tiada kata yang pantas keluar dari lidah yang selalu menyakiti tapi dengan setitik harapan penulis ucapkan Segala Puji bagi Allah SWT yang dari belas kasih-Nya tak ada orang yang hilang harapan, yang dari nikmat-nikmat-Nya tak ada orang yang dapat mendapatkan, yang dari ampunan-Nya tak ada orang yang kecewa, yang dari cinta dan kasih-Nya tak ada makhluk yang terzalimi dan yang beribadah kepada-Nya tak ada yang terlalu tinggi, sehingga penulis telah dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul “**Hubungan Karakteristik Keluarga dan Kebiasaan Makan dengan Status Gizi Anak Baduta di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa Tahun 2012**”. Sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.

Shalawat dan salam tak lupa penulis haturkan kepada Nabi Muhammad SAW, kepada keluarganya, dan kepada sahabat-sahabatnya yang tetap setia yang telah membimbing umat manusia dari alam jahiliah ke alam yang penuh dengan hamparan ilmu pengetahuan seperti yang kita rasakan pada saat ini.

Sebagai peneliti yang bagai anak kecil yang baru memulai belajar untuk berjalan kadang jatuh dan bangkit kembali untuk mencapai apa yang dicita-citakannya, sehingga peneliti membutuhkan uluran cinta dari pemilik cinta yang hakiki. Segala sesuatu yang berkaitan dengan penyelesaian skripsi ini tidak lepas

dari uluran kasih dari berbagi pihak yang telah banyak membantu selama penyusunan skripsi ini, maka dengan kerendahan hati izinkanlah penulis mengucapkan rasa terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada kedua orangtuaku yang tercintah karena tanpa beliau saya tidak akan lahir ke dunia ini, ayahanda **Syamsuddin. B** dan ibunda **Rosmini. S** yang telah mencurahkan kasih sayang serta keikhlasan dalam mendidik, mengasuh, membesarkan, membiayai serta untaian doa yang tiada henti-hentinya demi kebaikan penulis, hingga kapan pun penulis takkan bisa membalasnya. Hanya doa yang dapat penulis persembahkan untuk membalas pengorbanan mereka selama ini. Ya Allah, balaskan kebaikan mereka karena telah mendidikku, jagalah mereka sebagaimana mereka memeliharaku pada masa kecilku. Ya Allah, jangan biarkan aku lupa untuk menyebut mereka sesudah shalatku pada saat-saat malamku, dan pada saat-saat siangku, selain itu penulis ucapkan terima kasih kepada manifestasi diriku yang sudah banyak berkorban, mensupport dan tanpa mengenal lelah membantu penulis sampai bisa menyelesaikan skripsi ini serta tak lupa pula penulis ucapkan banyak terima kasih kepada seluruh keluarga besarku yang sudah banyak berkorban, mensupport dan tanpa mengenal lelah membantu sampai penulis bisa menyelesaikan skripsi ini, kiranya Allah SWT melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua.

Tak lupa pula penulis sampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Ibu Nurdiyanah S, SKM, MPH selaku Pembimbing I dan Ibu Hj. Syarfaini, SKM, M.Kes selaku Pembimbing II, atas segala bantuan, waktu, dorongan dan bimbingan yang telah diberikan sehingga skripsi ini dapat

diselesaikan.

Ucapan terima kasih yang setinggi-tingginya, penulis berikan kepada :

1. Bapak Prof. Dr. H. A. Kadir Gassing, HT., ME., selaku Rektor UIN Alauddin Makassar.
2. Bapak DR.dr. H. Rasjidin Abdullah, MPH., MH.Kes., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar, beserta Bapak, ibu Pembantu Dekan, seluruh staf, dosen dan pegawai atas bantuannya selama penulis menjalani masa studi.
3. Ibu Andi Susilawaty, S.Si, M.Kes selaku Ketua Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar beserta para dosen yang telah banyak memberikan bimbingan serta arahnya.
4. Bapak Dr.dr. H. Rasjidin Abdullah, MPH., MH.Kes., selaku penguji I dan Bapak Muh. Sabir Maidin, S.Ag, M.Ag., selaku penguji II yang telah banyak memberikan masukan dalam perbaikan skripsi ini.
5. Kepala Puskesmas Minasa Upa beserta seluruh staf yang telah memberikan izin serta bantuan kepada penulis selama penelitian di Puskesmas Minasa Upa.
6. Saudaraku Tri Hutri Suhail, Suhaif Syam, Bripda Aryan Pratama, Masyita, S.pd, om Liber Syam sekeluarga, beserta keluarga yang lain.
7. Terima kasih untuk sahabat-sahabatku tercinta (Nanna, Ratna, Anha, Ika, Mirna, Nur) yang telah menunjukkan arti persahabatan dan menjadi tempat berbagi suka dan duka selama ini.
8. Terima kasih buat Eni, K'ratna, K'Ani, Zahar atas segala bantuannya selama

penulis menyusun skripsi.

9. Sahabat-sahabat seperjuanganku di Kesmas angkatan 2008 (Auza, Tuti, Ibu aji, Dara, Namira, Rini, Ita, Enda, Mba Wi', Amal, Awal, Alan, Rachmat, Ical, Enal, Adnan, Sule) serta sahabat-sahabat yang lain di KesMas angkatan 2008 yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu yang telah memberikan banyak kenangan yang tak terlupakan, mengenal kalian bagaikan melihat berbagai macam warna yang meskipun berbeda tetapi semakin menambah keindahan dalam hidupku.
10. Bapak kepala Desa Lonjoboko sekeluarga (Bapak Ismail Buang, S.Sos dan Bunda Hj.Hasnawati, S.pd) dan teman-teman posko PBL Lonjoboko II.
11. Bapak H.Rafi Rahim, S.pd dan Ibu Hj. Hasni beserta warga Desa Bontosunggu dan teman-teman KKN Bontosunggu Angkatan 47.

Penulis menyadari bahwa persembahan tugas akhir ini tidak ada artinya dibanding dengan pengorbanan mereka, hanya doa yang penulis panjatkan semoga amal ibadah serta niat yang ikhlas mendapatkan balasan yang berlipat ganda oleh Allah SWT. Namun penulis berharap semoga skripsi ini memberikan manfaat dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan bagi pihak yang berkepentingan.

Makassar, 8 Agustus 2012

Penulis

**Helmi**

## DAFTAR ISI

### HALAMAN JUDUL

### HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI..... i

### HALAMAN PENGESAHAN..... ii

### KATA PENGANTAR..... iii

### DAFTAR ISI ..... vii

### DAFTAR TABEL ..... ix

### DAFTAR LAMPIRAN ..... xi

### ABSTRAK ..... xii

### BAB I PENDAHULUAN ..... 1-7

- A. Latar Belakang ..... 1
- B. Rumusan Masalah ..... 5
- C. Tujuan Penelitian ..... 5
- D. Manfaat Penelitian ..... 6

### BAB II TINJAUAN PUSTAKA ..... 8-31

- A. Tinjauan Umum Tentang Status Gizi ..... 8
- B. Tinjauan Umum Tentang Anak Baduta..... 17
- C. Tinjauan Umum Tentang Jumlah Anggota Keluarga ..... 18
- D. Tinjauan Umum Tentang Pendapatan Keluarga ..... 19
- E. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan Ibu ..... 22
- F. Tinjauan Umum Tentang Kebiasaan Makan ..... 25
- G. Tinjauan Umum Tentang Frekuensi Makan ..... 26
- H. Tinjauan Umum Tentang Jenis Makanan..... 27

### BAB III KERANGKA KONSEP ..... 32-41

- A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti ..... 32
- B. Kerangka Teori ..... 35
- C. Hubungan Antara Variabel ..... 36
- D. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif ..... 37
- E. Hipotesis Penelitian ..... 40

### BAB IV METODE PENELITIAN ..... 42-47

- A. Jenis dan Rancangan Penelitian ..... 42
- B. Lokasi Penelitian ..... 42
- C. Populasi dan Sampel ..... 42

D. Instrumen Penelitian .....	44
E. Teknik Pengumpulan Data .....	44
F. Pengolahan dan Penyajian Data .....	44
G. Analisis Data .....	46
<b>BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>48-80</b>
A. Gambaran Umum Puskesmas Minasa Upa Kota Makassar .....	48
B. Hasil Penelitian.....	56
C. Pembahasan.....	68
<b>BAB VI PENUTUP.....</b>	<b>81-83</b>
A. Kesimpulan.....	81
B. Saran.....	82

## DAFTAR PUSTAKA

## LAMPIRAN





## DAFTAR TABEL

Tabel		Halaman
Tabel 5.1	Gedung Poli Klinik Puskesmas Minasa Upa	50
Tabel 5.2	Gedung Perawatan (RSP) Puskesmas Minasa Upa	50
Tabel 5.3	Gedung Administrasi Puskesmas Minasa Upa	51
Tabel 5.4	Sumber Daya Manusia Puskesmas Minasa Upa	53
Tabel 5.5	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok Umur di wilayah kerja Puskesmas Minasa Upa Tahun 2012	56
Tabel 5.6	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di wilayah kerja Puskesmas Minasa Upa Tahun 2012	56
Tabel 5.7	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa Tahun 2012	57
Tabel 5.8	Distribusi Frekuensi Anak Baduta Berdasarkan Jenis Kelamin di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa Tahun 2012	57
Tabel 5.9	Distribusi Frekuensi Anak Baduta Berdasarkan Kelompok Umur di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa Tahun 2012	58
Tabel 5.10	Distribusi Frekuensi Anak Baduta Berdasarkan Status Gizi di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa Tahun 2012	58
Tabel 5.11	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jumlah Anggota keluarga di Wilayah kerja Puskesmas Minasa Upa Tahun 2012	59
Tabel 5.12	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendapatan Keluarga di Wilayah kerja Puskesmas Minasa Upa Tahun 2012	59

Tabel 5.13	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan Ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa Tahun 2012	60
Tabel 5.14	Distribusi Frekuensi Anak Baduta Berdasarkan Kebiasaan Makan di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa Tahun 2012	60
Tabel 5.15	Distribusi Frekuensi Anak Baduta Berdasarkan Frekuensi Makan di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa Tahun 2012	61
Tabel 5.16	Distribusi Frekuensi Anak Baduta Berdasarkan Jenis Makanan di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa Tahun 2012	61
Tabel 5.17	Hubungan Jumlah Anggota Keluarga Dengan Status Gizi Anak Baduta di Wilayah kerja Puskesmas Minasa Upa Tahun 2012	62
Tabel 5.18	Hubungan Pendapatan Keluarga Dengan Status Gizi Anak Baduta di Wilayah kerja Puskesmas Minasa Upa Tahun 2012	63
Tabel 5.19	Hubungan Pengetahuan Ibu Dengan Status Gizi Anak Baduta di Wilayah kerja Puskesmas Minasa Upa Tahun 2012	64
Tabel 5.20	Hubungan Kebiasaan Makan Dengan Status Gizi Anak Baduta di Wilayah kerja Puskesmas Minasa Upa Tahun 2012	65
Tabel 5.21	Hubungan Frekuensi Makan Dengan Status Gizi Anak Baduta di Wilayah kerja Puskesmas Minasa Upa Tahun 2012	66
Tabel 5.22	Hubungan Kebiasaan Makan Dengan Status Gizi Anak Baduta di Wilayah kerja Puskesmas Minasa Upa Tahun 2012	67

## ABSTRAK

**Nama : Helmi**  
**Nim : 70200108037**  
**Jurusan : Kesehatan Masyarakat**  
**Judul : Hubungan Karakteristik Keluarga dan Kebiasaan Makan dengan Status Gizi Anak Baduta Di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa Tahun 2012.**  
**(Nurdiyanah dan Syarfaini)**

---

Anak baduta merupakan generasi penerus dan sebagai modal pembangunan bangsa dimasa mendatang. Kelangsungan hidup anak dan kualitas sumber daya manusia mendatang tergantung pada kualitas hidup anak di masa kini. Berdasarkan data Depkes (2004), pada tahun 2003 secara Nasional terdapat sekitar 27,5% (5 juta baduta) kurang gizi, 8,3% (1,5 juta baduta) gizi buruk. Namun demikian terdapat 110 kabupaten/kota mempunyai prevalensi gizi kurang (termasuk gizi buruk) di atas 30% yang menurut WHO di kelompokkan kategori sangat tinggi, kondisi ini sangat memerhatikan karena mengancam kualitas sumber daya manusia di masa depan.

Adapun tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui hubungan antara karakteristik keluarga dan kebiasaan makan dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja Puskesmas Minasa Upa Tahun 2012. Jenis penelitian yang digunakan adalah *survey analitik* dengan menggunakan pendekatan *Cross sectional study*. Dalam penentuan jumlah sampel menggunakan *Lottery Technique* dengan jumlah sampel sebanyak 76 anak baduta. Analisis data dilakukan secara elektronik dengan menggunakan computer program WHO Antroplus untuk olah data status gizi dan program SPSS, untuk mengetahui hubungan antara karakteristik keluarga dan kebiasaan makan dengan status gizi anak baduta dilakukan dengan uji *Chi-Square*.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan jumlah anggota keluarga dengan status gizi anak baduta ( $P=0,364>0,05$ ), ada hubungan pendapatan keluarga dengan status gizi anak baduta ( $P=0,000<0,05$ ), ada hubungan pengetahuan ibu dengan status gizi anak baduta ( $P=0,000<0,05$ ), ada hubungan kebiasaan makan dengan status gizi anak baduta ( $P=0,004<0,05$ ), ada hubungan frekuensi makan dengan status gizi anak baduta ( $P=0,000<0,05$ ), ada hubungan jenis makanan dengan status gizi anak baduta ( $P=0,001<0,05$ ).

Dari hasil penelitian yang dilakukan maka penulis menyarankan agar para ibu meningkatkan pengetahuan dengan mengikuti perkembangan informasi kesehatan khususnya yang menyangkut anak baduta baik melalui penyuluhan maupun melalui media massa.

**Kata Kunci : Karakteristik keluarga, kebiasaan makan, status gizi anak baduta**

**Daftar Pustaka : 34 (1988 – 2012)**

## **BAB I PENDAHULUAN**

### **A. Latar belakang**

Kesehatan adalah hak asasi manusia dan sekaligus merupakan investasi sumber daya manusia, serta memiliki kontribusi yang besar untuk meningkatkan indeks pembangunan manusia. Oleh karena itu, menjadi suatu keharusan bagi semua pihak untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan demi kesejahteraan masyarakat (Novi, 2011).

Anak baduta merupakan generasi penerus dan sebagai modal pembangunan bangsa dimasa mendatang. Kelangsungan hidup anak dan kualitas sumber daya manusia mendatang tergantung pada kualitas hidup anak di masa kini. Untuk mencapai kualitas yang baik diperlukan pembinaan anak sedini mungkin, sejak dalam kandungan sampai anak menjadi dewasa.

Di Indonesia, sebagai mana halnya dengan negara-negara berkembang lainnya masih mempunyai permasalahan dalam hal kesehatan anak. Masalah kesehatan dan pertumbuhan anak sangat dipengaruhi oleh dua faktor yaitu keadaan gizi yang tidak baik dan tingginya penderita penyakit infeksi. Masalah gizi kurang pada umumnya disebabkan kurangnya persediaan pangan, kurang baiknya kualitas lingkungan (sanitasi), kurangnya pengetahuan masyarakat tentang gizi, menu seimbang dan kesehatan.

Berg (1986) dalam Nurliasari (2004) menyatakan bahwa, masalah gizi kurang sangat erat hubungannya dengan kuantitas dan kualitas makanan yang dikonsumsi, dimana faktor yang sangat menentukan kualitas makanan adalah

tingkat pendapatan. Namun demikian, pertambahan pendapatan tidak selalu membawa perbaikan pada konsumsi pangan, karena meningkatnya pengeluaran pangan atau pendapatan belum tentu diikuti dengan peningkatan kualitasnya. Hal ini karena peningkatan pengeluaran belum tentu digunakan untuk pangan. Kebiasaan makan yang baik adalah yang dapat menjamin tercukupinya kebutuhan gizi, sedangkan kebiasaan makan yang buruk yaitu kebiasaan yang dapat menghambat terpenuhinya kecukupan gizi. Kebiasaan makan yang salah dan berlangsung dalam jangka waktu yang cukup lama akan berimplikasi pada rendahnya status gizi masyarakat.

Keadaan gizi yang baik merupakan persyaratan terciptanya sumberdaya manusia masa depan yang berkualitas. Pendidikan, keterampilan dan kesehatan individu merupakan upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan sekaligus merupakan investasi sumber daya manusia (Novi, 2011).

Salah satu prioritas pembangunan nasional di bidang kesehatan adalah upaya perbaikan gizi yang berbasis pada sumber daya, kelembagaan, dan budaya lokal. Kurang gizi akan berdampak pada penurunan kualitas sumber daya manusia yang lebih lanjut dapat berakibat pada kegagalan pertumbuhan fisik, perkembangan mental dan kecerdasan, menurunkan produktivitas, meningkatkan kesakitan serta kematian. Visi pembangunan gizi adalah “mewujudkan keluarga mandiri sadar akan gizi untuk mencapai status gizi masyarakat/keluarga yang optimal” (Adisasmito, 2007).

Dalam menciptakan SDM yang bermutu, maka kesehatan anak-anak, khususnya anak baduta perlu diperhatikan. Derajat kesehatan yang tinggi dalam pembangunan bertujuan untuk mewujudkan manusia yang sehat, cerdas, dan produktif. Salah satu unsur penting dari kesehatan adalah masalah gizi (Soegeng Santoso, 2004 : 70).

Menurut Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2002 menyebutkan, penyebab kematian balita urutan pertama disebabkan gizi buruk dengan angka 54%. Dengan menggunakan pengelompokan prevalensi gizi kurang berdasarkan WHO, Indonesia tahun 2004 tergolong negara dengan status kekurangan gizi yang tinggi karena 5.119.935 (28,47%) dari 17.983.244 balita di Indonesia termasuk kelompok gizi kurang dan gizi buruk.

Menurut Depkes (2004), pada tahun 2003 secara Nasional terdapat sekitar 27,5% (5 juta baduta) kurang gizi, 8,3% (1,5 juta baduta) gizi buruk. Namun demikian terdapat 110 kabupaten/kota mempunyai prevalensi gizi kurang (termasuk gizi buruk) di atas 30% yang menurut WHO di kelompokkan kategori sangat tinggi, kondisi ini sangat memperhatikan karena mengancam kualitas sumber daya manusia di masa depan.

Berbagai penelitian membuktikan lebih dari separuh kematian bayi dan balita disebabkan oleh keadaan gizi yang tidak baik. Risiko meninggal dari anak yang gizi buruk 13 kali lebih besar dibandingkan anak yang normal. WHO memperkirakan bahwa 54% penyebab kematian balita didasari oleh keadaan gizi anak yang buruk (Patwa, 2011).

Indonesia sebenarnya sudah banyak membuat kemajuan dalam menekan angka gizi buruk dan gizi kurang pada anak, sebanyak 37,5% (1989), 35,5% (1992), 31,6% (1995), 29,5% (1998), 26,4% (1999), dan 24,6% (2000). Namun sejak tahun, 2000, angka gizi buruk dan gizi kurang kembali meningkat, menjadi 26,1% (2001), 27,5% (2002), dan 29% (2005). Sementara pada awal 2005, menurut Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS), jumlah kasus gizi buruk dan gizi kurang berturut-turut 8,8% dan 19,20%. Jumlah balita yang menderita gizi kurang dikatakan menurun menjadi 4,6 juta balita. Demikian pula balita yang menderita gizi buruk menurun menjadi 1,2 juta balita, dan balita yang menderita gizi buruk tingkat berat (busung lapar) menurun menjadi 120.000 balita. Pada akhir tahun 2005, ditemukan 5 juta lebih anak balita yang mengalami status gizi kurang (Samhadi, 2006 dalam Patwa, 2011).

Berdasarkan hasil Riskesdas 2010 prevalensi gizi kurang pada balita di Indonesia angkanya sebesar 17,9 %. Angka ini menunjukkan penurunan sejak 1990 lalu sebesar 31,0 %. Meski demikian, di Indonesia masih akan ditemui sekitar 3,7 juta balita mengalami kekurangan gizi, ditambah lagi dengan anak-anak yang tergolong pendek yang angkanya sebesar 35,7 % (Depkes, 2011 dalam Patwa, 2007).

Menurut Depkes (2004) pada wilayah Sulawesi-Selatan, tahun 2003 didapatkan prevalensi gizi buruk dan gizi kurang sebesar 30,66% yang masuk dalam kategori sangat tinggi sedangkan menurut data dari Dinas Kesehatan Provinai Sulawesi-Selatan, prevalensi gizi buruk dan gizi kurang sebesar

30,17%(BPS) dan pada tahun 2005 sampai tanggal 16 Juli 2005 didapatkan sebanyak 203 jumlah kasus masmus-kwasiorkor.

Berdasarkan data bulanan puskesmas Minasa upa pada bulan April tahun 2012, jumlah anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa sebanyak 310. Status gizi kurang sebanyak 10 anak baduta dan status gizi buruk sebanyak 2 anak baduta. Berdasarkan data-data tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti mengenai hubungan karakteristik keluarga dan kebiasaan makan dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja Puskesmas Minasa upa tahun 2012.

#### **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah yang ada adalah :

1. Apakah jumlah anggota keluarga berhubungan dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa tahun 2012 ?
2. Apakah pendapatan orang tua berhubungan dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa tahun 2012 ?
3. Apakah pengetahuan ibu berhubungan dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa tahun 2012 ?
4. Apakah kebiasaan makan berhubungan dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa tahun 2012 ?
5. Apakah frekuensi makan berhubungan dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa tahun 2012 ?



6. Apakah jenis makanan yang dikonsumsi berhubungan dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa tahun 2012 ?

### **C. Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian ini adalah :

1. Tujuan umum :

Untuk mengetahui hubungan karakteristik rumah tangga dan kebiasaan makan dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa tahun 2012.

2. Tujuan khusus :

- 1) Untuk mengetahui hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa tahun 2012.
- 2) Untuk mengetahui hubungan antara pendapatan orang tua dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa tahun 2012.
- 3) Untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan ibu dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa tahun 2012.
- 4) Untuk mengetahui hubungan antara kebiasaan makan dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa tahun 2012.
- 5) Untuk mengetahui hubungan antara frekuensi makan dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa tahun 2012.
- 6) Untuk mengetahui hubungan antara jenis makanan yang dikonsumsi dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa tahun 2012.

#### **D. Manfaat Penelitian**

Manfaat penelitian ini adalah :

1) Bagi Peneliti

Diharapkan dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan dan menjadi bahan acuan bagi peneliti dan memperoleh informasi dan pengalaman berharga dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh dan memperluas pengetahuan.

2) Bagi Masyarakat

- a. Dengan dipublikasikan skripsi ini diharapkan masyarakat mempunyai pengetahuan gizi yang baik, sehingga berusaha untuk selalu meningkatkan status gizi keluarga terutama pada anak badutanya.
- b. Dapat mengetahui apa saja yang dapat mempengaruhi status gizi balita dan dapat memacu diri untuk berusaha untuk meningkatkan status gizi anak badutanya.

3) Bagi Jurusan Kesmas

Sebagai bahan pustaka dalam rangka menambah informasi tentang ilmu kesehatan masyarakat.

4) Bagi Dinas Kesehatan Kota Makassar

Diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi Dinas Kesehatan dalam menentukan kebijaksanaan dalam perencanaan program, khususnya peningkatan status gizi anak baduta.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum Tentang Status Gizi**

##### **1. Pengertian status gizi**

Status gizi merupakan salah satu faktor yang menentukan sumberdaya manusia dan kualitas hidup. Untuk itu, program perbaikan gizi bertujuan untuk meningkatkan mutu gizi konsumsi pangan, agar terjadi perbaikan status gizi masyarakat (Deddy Muchtadi, 2002 dalam Patwa, 2011).

Kebutuhan tubuh akan zat gizi ditentukan oleh banyaknya faktor, antara lain : tingkat metabolisme basal, tingkat pertumbuhan, aktivitas fisik dan faktor yang bersifat relatif yaitu gangguan pencernaan (ingestion), perbedaan daya serap (absorption), tingkat penggunaan (utilization) dan perbedaan pengeluaran dan penghancuran (excretion and destrution) dari zat gizi tersebut dalam tubuh (Supariasa, dkk, 2001).

##### **2. Penilaian Status Gizi**

Penilaian status gizi dibagi menjadi 2 yaitu penilaian status gizi secara langsung dan penilaian status gizi secara tidak langsung.

##### **a. Penilaian Status Gizi Secara Langsung**

Penilaian status gizi secara langsung dapat dibagi menjadi 4 penilaian yaitu antropometri, klinis, biokimia, dan biofisik. Tetapi dalam penilaian ini menggunakan penilaian Antropomeri.

## 1) Antropometri

Secara umum antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi (Supariasa, dkk., 2001).

Antropometri secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan protein dan energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot, dan jumlah air dalam tubuh (Supariasa, dkk, 2001).

Indeks Antropometri ada 3 yaitu :

### a) Berat badan menurut umur (BB/U)

Berat badan adalah salah satu parameter yang memberikan gambaran massa tubuh. Massa tubuh sangat sensitif terhadap perubahan-perubahan yang mendadak, misalnya karena terserang penyakit infeksi, menurunnya nafsu makan atau menurunnya jumlah makanan yang dikonsumsi. Dalam keadaan normal, dimana keadaan kesehatan baik dan keseimbangan antara konsumsi dan kebutuhan zat gizi terjamin, maka berat badan berkembang mengikuti pertambahan umur. Sebaliknya dalam keadaan abnormal, terdapat 2 kemungkinan perkembangan berat badan yaitu dapat berkembang cepat atau lebih lambat dari keadaan normal (supariasa, dkk, 2001).

Berdasarkan karakteristik berat badan ini, maka indeks berat badan menurut umur digunakan sebagai salah satu cara pengukuran

status gizi. Mengingat karakteristik berat badan yang labil, maka indeks BB/U lebih menggambarkan status gizi seseorang saat ini (Supariasa, dkk, 2001).

b) Tinggi badan menurut umur (TB/U)

Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Pada keadaan normal, tinggi badan tumbuh seiring dengan penambahan umur. Pertumbuhan tinggi badan tidak seperti berat badan, relatif kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama (Supariasa, dkk, 2001).

c) Berat badan menurut tinggi badan (BB/TB)

Berat badan memiliki hubungan yaitu linier dengan tinggi badan . Dalam keadaan normal, perkembangan berat badan akan searah dengan pertumbuhan berat badan dengan kecepatan tertentu. Indeks BB/TB merupakan indikator yang baik untuk menilai status gizi saat ini (Supariasa, dkk, 2001).

d) Indeks Massa Tubuh Menurut Umur (IMT/U)

Salah satu cara yang dapat dilakukan untuk menetapkan pelaksanaan perbaikan gizi adalah dengan menentukan dan melihat ukuran fisik seorang anak. Ukuran fisik seseorang sangat erat hubungannya dengan status gizi.

IMT merupakan alat yang sederhana untuk memantau status gizi khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan, maka mempertahankan berat badan normal memungkinkan seseorang dapat mencapai usia harapan hidup lebih panjang (Supariasa, dkk, 2001).

Pengukuran status gizi baduta dapat dilakukan dengan indeks antropometri dan menggunakan indeks massa tubuh menurut umur (IMT/U) baduta. Penilaian status gizi ini menerapkan keseimbangan antara massa tubuh dengan umur kronologis seseorang. Rumus mengukur indeks massa tubuh dengan umur adalah sebagai berikut:

$$\text{Rumus IMT} = \text{Berat Badan (kg)} / \text{Tinggi Badan}^2$$

Dari berbagai jenis indeks antropometri, untuk menginterpretasikannya dibutuhkan ambang batas (*cut off point*). Penentuan ambang batas diperlukan kesepakatan para ahli gizi. Ambang batas dapat disajikan ke dalam tiga cara yaitu, persen terhadap median, persentil dan standar deviasi unit.

a) Persen terhadap median

Median adalah nilai tengah dari suatu populasi. Dalam antropometri gizi median sama dengan persentil 50. Nilai ini dinyatakan sama dengan 100% (untuk standar). Setelah itu dihitung persentase terhadap nilai median untuk mendapatkan ambang batas (*cut off point*).

b) Persentil

Cara ini untuk menentukan ambang batas selain persen terhadap median adalah persentil. Para pakar merasa kurang puas dengan menggunakan persen terhadap median untuk menentukan ambang batas. Akhirnya mereka memilih cara persentil. Persentil 50 sama dengan median atau nilai tengah dari jumlah populasi berada di atasnya dan setengahnya berada di bawahnya.

#### c) Standar deviasi (SD)

Standar deviasi unit disebut juga Z-skor. Standar deviasi digunakan untuk menyatakan hasil pengukuran pertumbuhan atau *Growth Monitoring* (Supriasa, dkk, 2001).

Rumus perhitungan Z skor adalah :

$$Z \text{ skor} = \frac{\text{Nilai individu subjek} - \text{Nilai Median Baku Rujukan}}{\text{Nilai Simpang Baku Rujukan}}$$

Berdasarkan hasil kesepakatan pakar gizi tahun 2000, maka cut off point penggunaan standar deviasi untuk BB/U, TB/U, BB/TB, dan IMT/U adalah sebagai berikut :

Kurang : jika nilai Z score < -2 SD

Normal : jika nilai Z score -2 SD sampai dengan +2 SD

Lebih : jika nilai Z score > +2 SD

#### 2) Klinis

klinis adalah mempelajari gejala yang muncul dari tubuh sebagai akibat dari kelebihan atau kekurangan salah satu zat gizi tertentu. Setiap zat gizi memberikan tampilan klinis yang berbeda, sehingga cara ini dianggap spesifik namun sangat subjektif. Contoh penilaian status gizi

secara klinis adalah kekurangan vitamin A menyebabkan buta senja (*xerophthalmia*). Sedangkan apa bila dinilai secara biokimia dengan menilai kadar *retinol* dalam darah.

### 3) Biokimia

Penilaian status gizi secara biokimia disebut juga dengan metode pemeriksaan laboratorium, adalah mengukur kadar zat gizi di dalam tubuh dan atau ekskresi tubuh kemudian dibandingkan dengan suatu nilai normatif yang sudah ditetapkan. Misalnya menilai status zat besi (Fe) dengan mengukur kadar hemoglobin. Bila kadar hemoglobin  $< 11 \text{ mg\%}$  maka disebut anemia (Depkes, 2002). Untuk penilaian biokimia disebut juga pemeriksaan laboratorium, spesimen yang biasa digunakan adalah darah, faces, kelenjar tubuh, urin dan biopsi jaringan tubuh.

### 4) Biofisik

Penilaian secara biofisik adalah dengan mengukur elastisitas dan fungsi jaringan tubuh. Cara ini jarang digunakan karena membutuhkan peralatan yang canggih, mahal dan tenaga terampil. Salah satu cara penilaian status gizi secara biofisik adah untuk mengukur komposisi tubuh dengan metode *bioelecriccal impedance*.

## b. Penilaian Status Gizi Secara Tidak Langsung

- 1) Penilaian konsumsi pangan : Mengukur pangan yang dikonsumsi kemudian dianalisis kandungan gizinya. Jumlah zat izi yang dikonsumsi dibandingkan dengan kebutuhan (anjuan) makan sehari sesuai umur,jenis kelamin dan aktivitas (WKNPG, 2004). Pada metode ini akan dibahas lebih rinci pada



sub bab tersendiri mengenai komposisi zat gizi dalam makanan sehari-hari dan cara mengukurnya.

- 2) Analisis ekologi dan statistik vital : adalah mempelajari kondisi lingkungan berupa produksi pangan, pola makan, sosial budaya, ekonomi dan variabel lain yang secara teoritis mempengaruhi status gizi. Data ini dianalisis menggunakan statistik tertentu sehingga dapat diprediksi status gizi.
- 3) Indeks Prognostik Rumah Sakit (IPRS) dan Indeks Diagnostik Rumah Sakit (IDRS) : adalah suatu metode analisis kebiasaan sehari-hari yang berkaitan dengan konsumsi gizi dan variabel determinannya yang digunakan untuk menetapkan status gizi. Cara ini dilakukan di rumah sakit untuk menegakkan diagnosa dan menentukan tindakan gizi yang harus diberikan kepada pasien (Supariasa, dkk, 2001).

### 3. Macam-macam Status Gizi Baduta

Status gizi dibedakan menjadi empat yaitu status gizi lebih, status gizi baik, status gizi kurang dan buruk.

#### a) Status Gizi Lebih

Biasanya penyakit ini bersangkutan kelebihan energi didalam hidangan yang dikonsumsi relative terhadap kebutuhan atau penggunaanya. Ada tiga zat makanan penghasil energi utama yaitu karbohidrat, lemak dan protein. Kelebihan energi didalam tubuh diubah menjadi lemak dan ditimbun pada tempat-tempat tertentu. Jaringan lemak ini merupakan jaringan yang relatif inaktif, tidak langsung berperan serta dalam kegiatan kerja tubuh.

Orang yang kelebihan berat badan, biasanya karena kelebihan jaringan lemak yang tidak aktif tersebut. Ada ahli gizi yang membandingkan kelebihan jaringan lemak pada orang yang kegemukan ini sebagai karug besar yang harus dipikul kemana-mana tanpa mendapat manfaat dari padanya. Ini akan meningkatkan beban kerja dari organ-organ tubuh, terutama kerja jantung (Sediaoetama, 2006).

b) Status Gizi Baik

Status gizi baik yaitu keadaan dimana asupan zat gizi sesuai dengan adanya penggunaan untuk aktivitas tubuh. Hal ini diwujudkan dengan adanya keselarasan antara, tinggi badan terhadap umur, berat badan terhadap umur dan tinggi badan terhadap berat badan . Menurut (Sediaoetama, 2006) menyatakan tingkat gizi sesuai dengan tingkat konsumsi yang menyebabkan tercapainya kesehatan tersebut. Tingkat kesehatan gizi yang baik ialah kesehatan gizi optimum. Dalam kondisi ini jaringan penuh oleh semua zat gizi tersebut. Tubuh terbebas dari penyakit dan mempunyai daya tahan setinggi-tingginya.

Anak yang berstatus gizi baik dapat tumbuh dan berkembang secara normal dengan bertambahnya usia. Tumbuh atau pertumbuhan berkaitan dengan masalah perubahan dalam hal besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat, panjang, umur tulang dan keseimbangan metabolik. Sedangkan perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dalam

struktur dan fungsi tubuh yang kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan.

c. Status Gizi Kurang dan Status Gizi Buruk

Status gizi kurang terjadi karena tubuh kekurangan satu atau beberapa macam zat gizi yang diperlukan. Hal yang menyebabkan status gizi kurang karena kekurangan zat gizi yang dikonsumsi atau mutunya rendah. Gizi kurang pada dasarnya adalah gangguan pada beberapa segi kesejahteraan perorangan atau masyarakat yang disebabkan oleh tidak terpenuhinya kebutuhan akan zat gizi yang diperoleh dari makanan. Kurang gizi banyak menimpa anak khususnya balita yang berusia dibawah lima tahun karena merupakan golongan yang rentang serta pada fase ini kebutuhan tubuh akan zat gizi meningkat karena selain untuk tumbuh juga untuk perkembangan, sehingga apabila anak kurang gizi dapat menimbulkan berbagai penyakit. Akibat status gizi kurang adalah sebagai berikut :

a. KEP

KEP adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi angka kecukupan gizi. Orang yang mengidap KEP nampak kurus, namun gejala klinik secara besar dapat di bedakan menjadi tiga yaitu marasmus, kwasiorkor dan marasmuskwasiorkor (Supariasa, 2001).

b. Anemia Defisiensi Zat Besi

Adalah suatu keadaan dimana kadar hemoglobin darah kurang dari normal. Biasanya dengan tanda lemah, letih, bibir tampak pucat, lidah licin, susah BAB, kadang pusing dan mudah mengantuk (Supariasa, 2001).

c. GAKY

Adalah kekurangan gizi yang disebabkan oleh kurangnya konsumsi yodium dalam bahan makanannya, kekurangan yodium pada anak yaitu cacat fisik dan mental, seperti bisu, tuli, bisu-tuli, pertumbuhan terganggu, kecerdasan dan perkembangan mental terganggu (Supariasa, 2001).

d. KVA

Adalah penyakit mata yang disebabkan kurangnya vitamin A dalam makanannya. Penyakit ini merupakan penyebab kebutaan yang paling sering terjadi pada anak-anak di Indonesia yang umumnya terjadi pada usia dibawah 5 tahun. Adapun kriteria KVA adalah bercak bitot dengan konungtiva mengering, kornea mengering atau keratomalasia dan parut kornea (Supariasa, 2001).

## **B. Tinjauan Umum Tentang Anak Baduta**

Anak Baduta adalah anak yang berusia 12-23 bulan. Sehubungan dengan pertumbuhan dan perkembangan ini maka baduta merupakan satu golongan penduduk yang termasuk dalam kelompok yang berisiko tinggi selain dari ibu hamil, baduta dan remaja. Penggolongan ini disebabkan karena

kelompok ini mempunyai angka morbiditas dan mortalitas yang tinggi (Hasni, 2010).

Masa baduta adalah masa pertumbuhan dan perkembangan yang memerlukan perhatian khusus dalam jumlah kecukupan gizi. Pengaruh gizi dan kesehatan pada pertumbuhan dan perkembangan baduta sudah banyak dibuktikan. Pemberian makanan dengan gizi yang seimbang akan memberikan kontribusi yang baik terhadap pertumbuhan dan perkembangan fisik anak (Ahmad, 1996).

Makanan anak usia 1-2 tahun banyak bergantung pada orang tua atau pengasuhnya, karena anak-anak ini belum dapat menyebutkan nama masakan yang ia inginkan. Orang tuanyalah yang memilihkan untuk anak. Jadi, dapat dikatakan bahwa tumbuh kembang anak usia 1-2 tahun, sangat tergantung pada bagaimana orang tuanya mengatur makanan anaknya.

### **C. Tinjauan Umum Tentang Jumlah Anggota Keluarga**

Faktor-faktor yang mempengaruhi konsumsi pangan dalam keluarga selain faktor ekonomi juga faktor non ekonomi. Faktor non ekonomi tersebut salah satunya yaitu besar keluarga (Husain, 1989 dalam Nurliasari, 2004).

Keluarga yang mempunyai jumlah anggota keluarga besar apabila persediaan pangan cukup belum tentu dapat mencegah gangguan gizi, karena dengan bertambahnya jumlah anggota keluarga maka pangan untuk setiap anggota keluarga berkurang (Harper, Deaton & Driskel (1986) dalam Nurliasari (2004). Sedangkan Sanjur (1982) dalam Nurliasari (2004), menyatakan besar keluarga mempunyai pengaruh pada belanja pangan.

Pendapatan per kapita dan belanja pangan akan menurun sejalan dengan meningkatnya jumlah anggota keluarga. Nilai absolut belanja pangan akan meningkat pada jumlah anggota keluarga yang besar tetapi belanja pangan per kapita menurun sejalan dengan ukuran ekonomi yang ada.

Besar keluarga sangat erat hubungannya dengan kurang gizi. Anak-anak adalah paling rawan terhadap kurang gizi diantara seluruh anggota keluarga dan anak yang paling kecil biasanya paling terpengaruh oleh kekurangan pangan. Seandainya anggota keluarga bertambah, maka pangan untuk setiap anak berkurang dan banyak orang tua yang tidak tahu bahwa baduta memerlukan pangan relatif lebih banyak dari pada anak-anak yang lebih tua. Dengan demikian baduta mungkin tidak diberi cukup makan (Pranadji, 1995 dalam Nurliasari, 2004).

#### **D. Tinjauan Umum Tentang Pendapatan Keluarga**

Pendapatan adalah seluruh penerimaan baik berupa uang maupun barang yang diterima seseorang dari usaha (Mulyanto Sumardi dan Hans Pieter Evers, 1984: 322 dalam Andarwati, 2007).

Status ekonomi seseorang ditentukan oleh besarnya tingkat pendapatan. Pendapatan merupakan faktor yang paling menentukan kemampuannya daya beli dalam pemilihan pangan rumah tangga. Pada tingkat pendapatan yang rendah sumber energi terutama diperoleh dari padi-padian, umbi-umbian dan sayur-sayuran. Kenaikan pendapatan menyebabkan kenaikan variasi konsumsi makanan baik yang berasal dari hewan, gula, lemak, minyak dan makanan kaleng. Peningkatan pendapatan akan

meningkatkan belanja untuk pangan. Sementara penurunan pendapatan terkait erat dengan penurunan tingkat ketahanan pangan dan terjadinya masalah gizi kurang (Suhardjo, 2003).

Peningkatan pendapatan keluarga memberikan kesempatan untuk memperbaiki dan meningkatkan mutu jumlah dan keragaman pangan yang mereka beli. Dapat kita lihat di masyarakat, keluarga yang berstatus sosial ekonomi rendah atau miskin umumnya menghadapi masalah gizi kurang karena tidak mampu memenuhi gizi balitanya berbeda halnya jika pendapatan keluarga baik, itu mampu memberikan makanan yang bernilai gizi kepada balitanya, sehingga dapat menunjang tumbuh kembang anak. Rendahnya pendapatan merupakan rintangan lain yang menyebabkan orang tidak mampu membeli pangan dalam jumlah yang diperlukan. Sehingga tinggi rendahnya pendapatan sangat mempengaruhi daya beli terhadap bahan pangan yang akhirnya berpengaruh terhadap status gizi seseorang terutama baduta karena pada masa itu diperlukan banyak zat gizi untuk pertumbuhan dan perkembangannya.

Di Negara berkembang seperti Indonesia yang jumlah pendapatan penduduk sebagian besar adalah golongan rendah dan menengah akan berdampak kepada pemenuhan kebutuhan yang berkualitas yang baik maka pemenuhan gizi pada badutanya juga akan terganggu status ekonomi seseorang ditentukan oleh besarnya tingkat pendapatan. Pendapatan merupakan faktor yang paling menentukan kuantitas dan kualitas makanan karena pendapatan menentukan kemampuan daya beli dan pemilihan pangan.

Penduduk kota dan penduduk pedesaan yang kebanyakan berpenghasilan rendah, selain memanfaatkan penghasilannya ini untuk keperluan makan keluarga, juga harus membagi-baginya untuk berbagai keperluan lainnya, (berpendidikan, transportasi, dan lain-lain), sehingga tidak jarang persentase penghasilan untuk keperluan penyediaan makanan hanya kecil saja. Mereka pada umumnya hidup dengan makanan yang kurang bergizi. Berlainan dengan pengaruh faktor pendapatan yang rendah bagi penyediaan makanan keluarga, sementara penduduk yang berpendapatan cukup dan lebih cukup dalam penyediaan makanan yang bergizi.

Rendahnya pendapatan itu disebabkan oleh pengangguran karena susahny mendapatkan lapangan kerja tetap sesuai dengan yang diinginkan. Ada pula keluarga-keluarga yang sebenarnya mempunyai penghasilan cukup akan tetap sebagian anaknya gizi kurang. Hal ini karena cara mengatur belanja keluarga yang kurang baik.

Allah swt berfirman dalam QS. al-Jumuah (62) : 10

فَإِذَا قُضِيَتِ الصَّلَاةُ فَانْتَشِرُوا فِي الْأَرْضِ وَابْتَغُوا مِنْ فَضْلِ اللَّهِ وَاذْكُرُوا اللَّهَ  
كَثِيرًا لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ

*Terjemahnya : Apabila telah ditunaikan shalat, Maka bertebaranlah kamu di muka bumi; dan carilah karunia Allah dan ingatlah Allah banyak-banyak supaya kamu beruntung (Depag,2005).*

Dari ayat di atas menjelaskan bahwa Allah swt menganjurkan ummat islam untuk berusaha dan bekerja untuk menghidupi diri dan keluarganya. Setelah mereka menunaikan shalat maka di anjurkan untuk mencari nafkah.



Dari Ibnu Malik ra. Bahwa apabila ia telah selesai shalat Jum'at ia mundur lalu berdiri di dekat pintu mesjid dan mengatakan, “Ya Allah aku telah memenuhi seruan-Mu, aku telah melaksanakan shalat yang engkau fardhukan, dan aku telah bertebaran seperti yang engkau perintahkan kepadaku. Maka berilah aku rezki dari karunia-Mu, karena engkau lah sebaik-baik pemberi reski” (Al-Maragi, 1993).

#### **E. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan Ibu**

Pengetahuan merupakan hasil tahu, ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu, melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkat yaitu : tahu, memahami, aplikasi, sintesis dan evaluasi (Suhardjo, 2003).

Pengetahuan gizi yang baik akan menyebabkan seorang ibu mampu menyusun menu yang baik untuk dikonsumsi. Semakin banyak pengetahuan gizi seseorang maka ia akan semakin memperhitungkan jenis makanan yang diperolehnya untuk dikonsumsi (Sediaoetama, 2000).

Suatu hal yang menyakinkan tentang pentingnya pengetahuan gizi didasarkan pada tiga kenyataan yaitu :

1. Status gizi cukup adalah penting bagi kesehatan dan kesejahteraan
2. Setiap orang hanya akan cukup gizi jika makanan yang dimakannya mampu menyediakan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan tubuh yang optimal.

3. Ilmu gizi memberikan fakta-fakta yang diperlu sehingga penduduk dapat belajar menggunakan pangan dengan baik bagi perbaikan gizi (Suharjo, 2003).

Salah satu kemukjizatan (keistimewaan) al-Qur'an yang paling utama adalah hubungannya dengan sains dan ilmu pengetahuan, begitu pentingnya sains dan ilmu pengetahuan dalam al-Qur'an sehingga Allah swt. menurunkan ayat yang pertama kali Q.S Al-Alaq (960) : 1-5

إِقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ ﴿١﴾ خَلَقَ الْإِنْسَانَ مِنْ عَلَقٍ ﴿٢﴾ إِقْرَأْ وَرَبُّكَ الْأَكْرَمُ ﴿٣﴾ الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ ﴿٤﴾ عَلَّمَ الْإِنْسَانَ مَا لَمْ يَعْلَمْ ﴿٥﴾

Terjemahnya : Bacalah dengan (menyebut) nama Tuhan-mu yang menciptakan. Dia telah menciptakan manusia dari segumpal darah. Bacalah, dan tuhan-mulah yang maha pemurah. Yang mengajar (manusia) dengan perantaraan kalam. Dia mengajarkan kepada manusia apa yang tidak diketahuinya (Depag,2005).

Ayat tersebut diatas mengandung perintah membaca, membaca berarti berfikir secara teratur atau sistematis dalam mempelajari firman dan ciptaan-Nya, bahwa perintah yang pertama kali diperintahkan oleh Allah swt kepada Nabi Muhammad saw. Dan umat islam sebelum perintah-perintah yang lain adalah mengembangkan sains dan ilmu pengetahuan serta bagaimana cara mendapatkannya. Tentunya ilmu pengetahuan diperoleh di awali dengan cara membaca, karena dengan membaca adalah kunci dari ilmu pengetahuan, sebab manusia itu lahir tidak mengetahui apa-apa, pengetahuan manusia itu diperoleh melalui proses belajar dan melalui pengalaman yang dikumpulkan

oleh akal serta akal pendengaran dan penglihatan demi untuk mencapai kejayaan, kebahagiaan dunia akhirat (Hamka, 1988).

Semakin bertambah pengetahuan ibu maka seorang ibu akan semakin mengerti jenis dan jumlah makanan untuk dikonsumsi seluruh anggota keluarganya termasuk pada anak balitanya. Hal ini dapat meningkatkan kesejahteraan anggota keluarganya, sehingga dapat mengurangi atau mencegah gangguan gizi pada keluarga (Suhardjo, 1986:32).

Kurangnya pengetahuan dan salah konsepsi tentang kebutuhan pangan adalah umum dijumpai setiap Negara di dunia. Kemiskinan dan kekurangan persediaan pangan yang bergizi merupakan faktor penting dalam masalah kurang gizi adalah kurangnya pengetahuan tentang dan mengetahui kemampuan untuk menerapkan informasi tersebut dalam kehidupan sehari-hari (Suhardjo, 2003).

Semakin banyak pengetahuan ibu tentang gizi, maka seorang ibu dapat memilih dan memberikan makanan bagi baduta yang dapat memenuhi kebutuhan anak badutanya baik dari segi jenis maupun jumlah kebutuhan zat gizi sesuai dengan angka kecukupan gizi anak baduta (Suhardjo, 2003).

Seseorang yang mempunyai pengetahuan tentang gizi berbeda dengan orang yang kurang pengetahuannya, dalam hal ini pemilihan dan pengolahan bahan pangan. Allah swt akan mengangkat derajat orang-orang yang berilmu di dunia dan di akhirat sesuai dengan apa yang mereka perbuat. Allah swt telah memuji orang-orang yang berilmu. Bahkan Allah swt telah

memerintahkan para hamba-Nya untuk menuntut ilmu dan berbekal dengannya dalam banyak ayat dan hadits.

Kewajiban menuntut ilmu ini ditegaskan dalam hadis nabi, yaitu :

طالب العلم فريضة على كل مسلم

*Artinya : Menuntut ilmu adalah kewajiban bagi setiap muslim (H.R.Ibnu Majah).*

Secara jelas dan tegas hadits di atas menyebutkan bahwa menuntut ilmu itu diwajibkan kepada setiap muslim. Hanya saja bahwa dalam mencari ilmu itu harus tetap sesuai dengan ketentuan Islam.

Kewajiban menuntut ilmu waktunya tidak ditentukan sebagaimana dalam shalat, tetapi setiap ada kesempatan untuk menuntutnya, maka kita harus menuntut ilmu. Menuntut ilmu tidak saja dapat dilaksanakan di lembaga-lembaga formal, tetapi juga dapat dilakukan lembaga non formal. Bahkan, pengalaman kehidupanpun merupakan guru bagi kita semua, di mana kita bisa mengambil pelajaran dari setiap kejadian yang terjadi di sekeliling kita. Begitu juga masalah tempat, kita dianjurkan untuk menuntut ilmu dimana saja, baik di tempat yang dekat maupun di tempat yang jauh, asalkan ilmu tersebut bermanfaat bagi kita.

#### **F. Tinjauan Umum Tentang Kebiasaan Makan**

Kebiasaan makan adalah tingkah laku manusia atau kelompok manusia dalam memenuhi kebutuhannya akan makan yang meliputi sikap, kepercayaan atau pemilihan makanan. Selanjutnya menurut Guthe dan Mead dalam Nurliasari (2004), mendefinisikan kebiasaan makan sebagai cara-cara

individu dan kelompok individu memilih, mengonsumsi dan menggunakan makanan-makanan yang tersedia didasarkan kepada faktor-faktor sosial budaya dimana ia atau mereka hidup.

Mempelajari kebiasaan makan yang perlu diperhatikan adalah konsumsi pangan (kuantitas dan kualitas), kesukaan terhadap makanan tertentu, kepercayaan, pantangan, atau sikap terhadap makanan tertentu. Sementara itu Tan, dkk dalam Nurliasari (2004), menyatakan bahwa adat kebiasaan yang berhubungan dengan makanan diantaranya adalah jumlah hidangan sehari, waktu makan, makan bersama, jajan dan adanya prioritas makanan tertentu terhadap anggota keluarga. Kepercayaan, kebiasaan makan pantangan dan suka atau tidak suka terhadap makanan tertentu merupakan unsur budaya yang mempunyai hubungan langsung dengan kebiasaan makan.

Proses belajar yang menghasilkan kebiasaan makan terjadi seumur hidup sejak anak lahir sampai menjadi dewasa dan masih terus berlangsung selama hidupnya. Kebiasaan makan seseorang merupakan kebiasaan makan keluarga, karena individu tersebut selama tinggal didalam keluarganya terus mengalami proses belajar seumur hidupnya dari keluarga tersebut. Kebiasaan makan anak dipengaruhi oleh peranan orang tua terutama ibu. Untuk memperhatikan pola makan dan kebiasaan makan anak agar pertumbuhan dan perkembangannya dapat terawasi dengan baik (Nurliasari, 2004).

#### **G. Tinjauan Umum Tentang Frekuensi Makan**

Frekuensi makan adalah jumlah pemberian makan kepada baduta dalam sehari. Kecukupan energi bagi baduta ditandai dengan berat badan

yang normal disamping tetap diberikan ASI sampai umur 2 tahun. Manfaatnya adalah untuk membantu tumbuh kembang anak, mempertahankan dan meningkatkan daya tahan tubuh anak terhadap penyakit infeksi. Bayi juga harus diberikan MP-ASI sejak 6 bulan dan makanan keluarga diberikan 3 kali sehari (Minarno, Liliek 2008).

Menurut berbagai kajian, frekuensi makan yang baik adalah 3 kali sehari, (Khomsan, 2004). Namun demikian, Moehji (2002) membedakan frekuensi makan menjadi 2 yaitu frekuensi makan di daerah pedesaan dengan di daerah perkotaan, dimana daerah pedesaan frekuensi makannya 2 kali sehari sedangkan di daerah perkotaan frekuensi makannya 3 kali sehari ditambah selingan antara makan pagi dan siang, dan selingan antara makan siang dan malam.

Kebanyakan anak kecil dan anak prasekolah melakukan 3 kali makan dengan baik, tengah siang dan tengah sore. Jadwal yang dapat diramalkan dengan makan dan kue pada waktu yang bersamaan setiap hari, tampaknya dapat meningkatkan makan mereka. Anak-anak perlu istirahat pada saat makan dan kemudian kembali makan lagi (Dowsher, 2002).

#### **H. Tinjauan Umum Tentang Jenis Makanan**

Jenis makanan adalah variasi bahan makanan yang kalau dimakan, dicerna, dan diserap akan menghasilkan paling sedikit susunan menu sehat dan seimbang. Menyediakan variasi makanan merupakan salah satu cara untuk menghilangkan rasa bosan. Sehingga mengurangi selera makan. Menyusun hidangan sehat memerlukan keterampilan dan pengetahuan gizi.

Variasi menu yang tersusun oleh kombinasi bahan makanan yang diperhitungkan dengan tepat akan memberikan hidangan sehat baik secara kualitas maupun kuantitas. (Almatsier, 2005).

Masukan zat gizi yang berasal dari makanan dan minuman yang dikonsumsi setiap hari harus dapat memenuhi kebutuhan tubuh karena konsumsi makanan dan minuman sangat berpengaruh terhadap status gizi seseorang. Status gizi yang baik terjadi bila tubuh memperoleh asupan zat gizi yang cukup sehingga dapat digunakan oleh tubuh untuk pertumbuhan fisik, perkembangan otak dan kecerdasan, produktivitas kerja serta daya tahan tubuh terhadap infeksi secara optimal (Sjahmien Moehji, 2000 : 14 dalam Lisnawati, 2010).

Dalam al-Qur'an, Allah telah memerintahkan agar manusia mengkonsumsi makanan dan minuman yang bersifat halalan dan thayyiban. Allah berfirman :

فَكُلُوا مِمَّا رَزَقَكُمُ اللَّهُ حَلَالًا طَيِّبًا وَأَشْكُرُوا نِعْمَتَ اللَّهِ إِن كُنتُمْ إِيَّاهُ تَعْبُدُونَ ﴿١١٤﴾

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
ALA UDDIN  
MAKASSAR

*Terjemahnya : Maka makanlah yang halal lagi baik dari rezki yang telah diberikan Allah kepadamu; dan syukurilah nikmat Allah, jika kamu hanya kepada-Nya saja menyembah (Depag,2005).*

Dari kutipan ayat di atas menjelaskan bahwa manusia sangat membutuhkan makanan untuk memenuhi kebutuhan zat gizi dalam tubuhnya sehingga dapat melakukan aktifitas. Zat-zat gizi yang terkandung dalam makanan yang dikonsumsi sangat bermanfaat bagi tubuh, antara lain

karbohidrat, protein dan lemak yang berfungsi menghasilkan energi yang dapat digunakan untuk melakukan aktifitas sehari-hari. Makanan yang dikonsumsi adalah makanan yang halal dan thayyiban, dimana makanan yang halal adalah makanan yang diperoleh secara halal dan bersumber dari Allah swt dan terbebas dari dosa. Sedangkan makanan yang thayyib adalah makanan yang baik, mengandung zat-zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh dan bermanfaat bagi kesehatan tubuh (Shihab, 2002).

Kata halal berasal dari akar kata yang berarti “lepas” atau tidak terikat. Sesuatu yang halal berarti sesuatu yang terlepas dari ikatan bahaya duniawi dan ukhrawi (Al-Hafidz, 2007).

Kata *thayyib* berasal dari segi bahasa lezat, baik, sehat, dan yang paling utama menentramkan. Dalam konteks makanan, *thayyib* artinya makanan yang tidak kotor dari segi zatnya atau kadaluarsa (rusak), atau dicampuri benda najis. Secara singkat bahwa makanan yang thayyib adalah makanan yang sehat, proporsional dan aman (halal) (Al-Hafidz, 2007).

Untuk menilai suatu makanan itu *thayyib* (bergizi) atau tidak, maka harus terlebih dahulu diketahui komposisinya. Bahan makanan yang thayyib bagi umat islam harus terlebih dahulu memenuhi syarat halal (Al-Hafidz, 2007).

Tubuh manusia memerlukan beberapa zat gizi untuk tetap sehat, begitu pula dengan baduta. Bila kebutuhan zat gizi tidak terpenuhi maka pertumbuhan anak akan terganggu serta perkembangan mental menjadi terhambat. Zat-zat gizi dapat diperoleh anak melalui jenis makanan yang



dikonsumsinya. Ibu sebagai pengatur dan penyediaan makanan dalam keluarga bertanggung jawab atas pemenuhan zat gizi untuk baduta (Suhardjo, 2003).

Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS) adalah pedoman dasar tentang gizi seimbang yang disusun sebagai penuntun pada perilaku konsumsi makanan di masyarakat secara baik dan benar. PUGS digambarkan dalam logo berbentuk kerucut. Dalam logo tersebut bahan makanan dikelompokkan atas 3 fungsi utama dalam zat gizi yaitu :

1. Sumber energi atau tenaga, yaitu padi-padian atau sereal seperti beras, jagung dan gandum, sagu, umbi-umbian seperti ubi, singkong dan talas.
2. Sumber protein atau sumber zat pembangun, yaitu sumber protein hewani, seperti : daging, ayam, telur, susu dan keju serta sumber protein nabati seperti kacang-kacangan berupa kacang kedelai, kacang tana, kacang hijau, kacang merah, serta hasil olahan seperti tempe, tahu, susu kedelai dan oncom. Hal ini sangat berperan untuk pertumbuhan dan perkembangan kecerdasan seseorang.
3. Sumber zat pengatur seperti sayuran dan buah. Sayuran diutamakan yang berwarna hijau dan kuning jingga, seperti bayam, daun singkong, daun katuk, kangkung, wortel dan tomat serta sayur kacang-kacangan seperti kacang panjang, buncis dan kecipir. Buah-buahan yang diutamakan yang berwarna kuning jingga, kaya serat dan yang berasa asam seperti pepaya, mangga, nanas, nangka masak, jambu biji, apel sirsak dan jeruk. Zat pengatur ini sangat penting untuk melancarkan bekerjanya organ tubuh (Almatsier, 2005).

Penempatan kelompok bahan makanan dalam kerucut berdasarkan jumlah yang digunakan dalam menu sehari-hari. Kelompok bahan makanan sebagai sumber energi didasar kerucut, karena relatif paling sedikit dimakan setiap hari (Almatsier, 2005).

Selain bahan makanan yang dikemukakan diatas, menu sehari-hari juga menggunakan sumber lemak murni, seperti minyak goreng, margarine, mentega serta sumber karbohidrat murni seperti gula pasir, gula merah, madu dan sirup (Almatsier, 2005).

Penggolongan bahan makanan setiap negara berbeda-beda, ada yang menggolongkan lima, ada pula tujuh. Di Indonesia dewasa ini bahan makanan digolongkan menjadi delapan yaitu : sumber karbohidrat, sumber protein hewani, sumber protein nabati, sayuran, buah dan gula, susu, minyak, dan makanan tanpa energy. Dasar penggolongan tersebut dilakukan untuk memudahkan penyusunan hidangan dan upaya dalam pendidikan gizi melalui penyuluhan (Instalasi Gizi RSCM, 2004 dalam FKMUI, 2007).

Mengonsumsi makanan yang beraneka ragam sangat bermanfaat bagi kesehatan, sebab kelangkaan zat gizi serupa pada makanan yang lain. Jadi, masing-masing makanan dalam suasana aneka ragam akan menjamin terpenuhinya kebutuhan zat tenaga, zat pembangun dan zat pengatur bagi kebutuhan seseorang (Minarno, Liliek 2008).

### **BAB III**

### **KERANGKA KONSEP**

#### **A. Dasar Pemikiran Variabel Yang Diteliti**

Status gizi merupakan suatu ukuran keberhasilan dalam pemenuhan nutrisi untuk anak, status gizi juga didefinisikan sebagai status kesehatan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara kebutuhan dan nutrisi.

Anak baduta merupakan sosok manusia yang belum mandiri, mereka masih sangat bergantung pada pola asuh makanan dari orang tua/keluarga mereka. anak baduta memerlukan makanan yang banyak mengandung cukup zat gizi yang dibutuhkan untuk pertumbuhan. Dengan demikian karakteristik orang tua penting atau berpengaruh terhadap pola asuh makan anak.

Berikut ini adalah penjelasan mengenai dasar pemikiran dari setiap variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

##### **1. Jumlah anggota keluarga**

Pembagian makan yang tepat kepada setiap anggota keluarga sangat penting untuk mencapai gizi yang baik. Makanan harus dibagikan untuk memenuhi kebutuhan gizi setiap orang dalam keluarga. Besar keluarga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi baduta, dimana jumlah pangan yang tersedia untuk suatu keluarga besar, mungkin cukup untuk keluarga yang besarnya setengah dari keluarga tersebut.

## 2. Pendapatan keluarga

Keluarga dengan pendapatan terbatas kemungkinan besar akan kurang dapat memenuhi kebutuhan akan makanannya terutama untuk memenuhi kebutuhan zat gizi dalam tubuhnya. Peningkatan pendapatan akan meningkatkan belanja untuk pangan, sementara penurunan pendapatan terkait erat dengan penurunan tingkat ketahanan pangan dan terjadinya masalah gizi kurang.

## 3. Pengetahuan ibu

Pengetahuan gizi yang baik akan menyebabkan seorang ibu mampu menyusun menu yang baik untuk dikonsumsi. Semakin banyak pengetahuan gizi seseorang maka ia akan semakin memperhitungkan jenis makanan yang diperolehnya untuk dikonsumsi.

## 4. Kebiasaan makan

Kebiasaan makan adalah cara-cara individu atau kelompok dalam memilih, mengonsumsi dan memanfaatkan bahan pangan yang tersedia yang didasarkan pada factor-faktor budaya lingkungan tempat mereka hidup.

## 5. Frekuensi makan

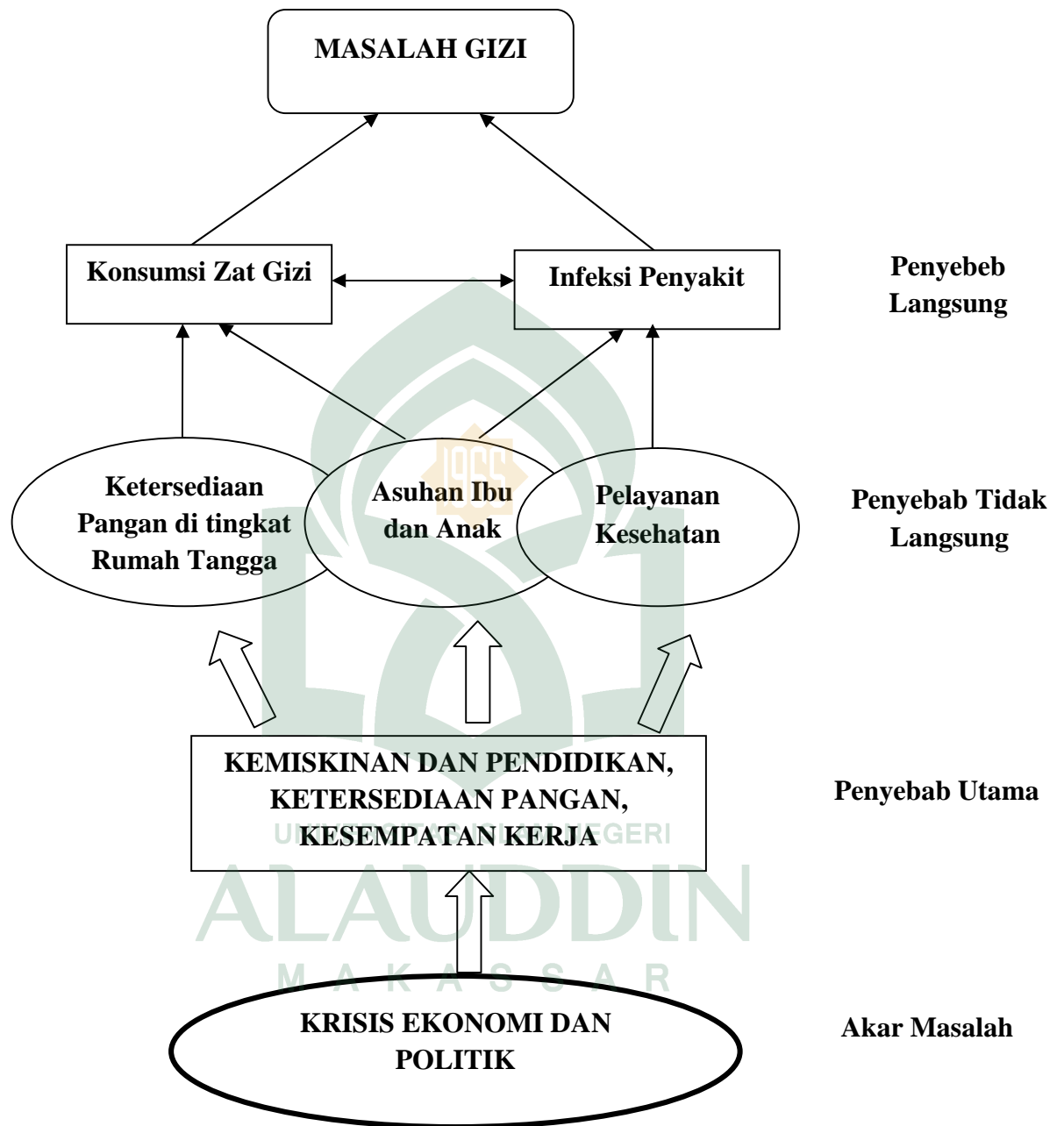
Frekuensi makan adalah jumlah pemberian makanan kepada anak baduta dalam sehari. Kecukupan energi bagi anak baduta ditandai dengan berat badan yang normal.

## 6. Jenis makanan yang dikonsumsi

Jenis makanan merupakan keaneka ragaman makanan yang dikonsumsi dan terdiri dari makanan pokok, lauk, sayur, buah. Makanan yang beraneka ragam sangat bermanfaat bagi kesehatan , sebab kelangkaan zat gizi serupa pada makanan yang lain. Jadi, masing-masing makanan dalam suasana aneka ragaman menjamin terpenuhinya kebutuhan zat tenaga, zat pembangun dan zat pengatur bagi kebutuhan seseorang.



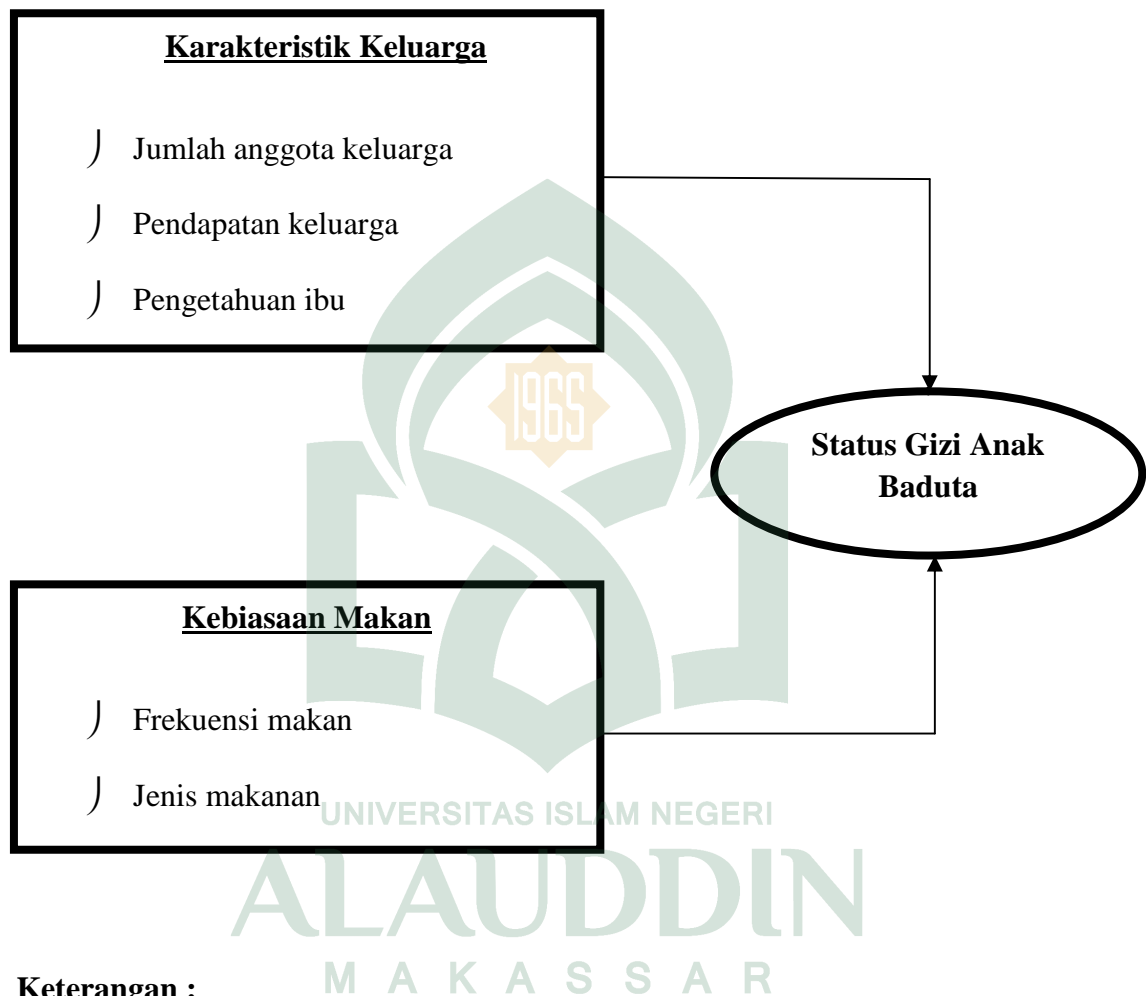
## B. Kerangka Teori



Sumber : Unicef, 1998

### C. Hubungan Antara Variabel

Berdasarkan kerangka teori tersebut di atas maka disusunlah pola pikir variabel yang akan diteliti sebagai berikut :



**Keterangan :**



**: variabel Independen**



**: variabel Dependen**

#### D. Definisi Operasional Dan Kriteria Objektif

##### 1. Anak baduta

Anak baduta adalah anak yang berumur 12-23 bulan.

##### 2. Status gizi anak baduta

Status gizi Anak baduta adalah keadaan gizi anak baduta yang ditentukan setelah pengukuran secara antropometri dengan menggunakan indikator IMT/U :

*Kriteri Objektif :*

Indeks Massu Tubuh menurut Umur (IMT/U) dengan nilai Z-scorenya

Kurang : jika nilai Z score  $< -2$  SD

Normal : jika nilai Z score  $-2$  SD sampai dengan  $+2$  SD

Lebih : jika nilai Z score  $> +2$  SD

##### 3. Karakteristik keluarga

Karakteristik keluarga adalah ciri khas yang dimiliki oleh masing-masing keluarga, yaitu : jumlah anggota keluarga, tingkat pendapatan keluarga dan tingkat pendidikan ibu.

##### a. Jumlah anggota keluarga

Jumlah anggota keluarga adalah jumlah orang yang menjadi tanggungan dalam suatu keluarga

*Kriteria Objektif :*

Kecil : jika anggota keluarga  $\leq 4$

Besar : jika anggota keluarga  $> 4$

( Sumber, BKKBN)



b. Pendapatan keluarga

Pendapatan keluarga adalah segala bentuk penghasilan atau pemasukan seluruh anggota keluarga dalam bentuk rupiah yang diterima setiap bulannya. Diukur dengan standar upah minimum kota (UMK) Makassar propinsi Sulawesi Selatan tahun 2012 sebesar Rp 1.265.000 (BPS,2012).

*Kriteria Objektif :*

Cukup : Jika pendapatan anggota keluarga Rp 1.265.000

Kurang : Jika pendapatan anggota keluarga < Rp 1.265.000

c. Pengetahuan Ibu

Pengetahuan ibu adalah tingkat pengetahuan ibu tentang hal-hal yang berhubungan dengan status gizi anak baduta.

Data pengetahuan gizi diperoleh dari kuesioner berisi 10 pertanyaan dimana setiap pertanyaan diberi skor 1 (ya) untuk jawaban benar dan skor 0 (tidak) jika jawaban salah. Dengan perhitungan sebagai berikut :

$$\text{Nilai (x)} = \text{Skor tertinggi} \times \text{jumlah pertanyaan}$$

$$= 1 \times 10$$

$$= 10$$

$$\text{Persentase (x)} = \frac{1}{1} \times 100\%$$

$$\text{Nilai terendah(x)} = \text{Skor terendah} \times \text{jumlah pertanyaan} :$$

$$= 0 \times 10$$

$$= 0$$

$$\text{Persentase } (\times) = \frac{0}{10} \times 100\%$$

$$\begin{aligned} \text{Range (R)} &= X - Y \\ &= 100 - 0\% \\ &= 100\% \end{aligned}$$

Karena kriteria dibagi dalam 2 kategori yaitu cukup dan kurang:

$$I = \frac{R}{K} = \frac{1\%}{2} = 50\% = 50\%$$

Jadi kriterianya adalah :

- a) Pengetahuan cukup : Jika nilai skor responden  $\geq 50\%$ .
- b) Pengetahuan kurang : Jika nilai skor responden  $< 50\%$ .

#### 4. Kebiasaan Makan

Kebiasaan makan adalah semua makanan yang sering dipersiapkan untuk dikonsumsi, diukur dengan menggunakan *food frekuensi*.

*Kriteria Objektif :*

Penentuan tingkat kebiasaan makan berdasarkan jumlah skor yang diperoleh tiap sampel.

Cukup : Apabila jumlah skor lebih dari atau sama dengan nilai rata-rata seluruh sampel.

Kurang : Apabila jumlah skor lebih kecil dari nilai rata-rata seluruh sampel.

##### a. Frekuensi makan

Frekuensi makan adalah jumlah pemberian makanan kepada anak baduta dalam sehari.

*Kriteria Objektif :*

Cukup : jika frekuensi makan  $\geq 3$  kali/hari

Kurang : jika frekuensi makan  $< 3$  kali/hari

( Sumber : Khomsan, 2004).

b. Jenis makanan yang dikonsumsi

Jenis makanan yang dikonsumsi adalah keragaman makanan yang dikonsumsi oleh anak baduta setiap hari yang terdiri dari makanan pokok, lauk, sayur dan buah. Diukur dengan *Food Frekuensi*.

*Kriteria Objektif :*

Cukup : Bila makanan beragam

Kurang : Bila makanan tidak beragam

**E. Hipotesis Penelitian**

Hipotesis adalah pernyataan sementara yang perlu diuji kebenarannya (Sabri, Sutanto., 2009).

1. Hipotesis Nol ( $H_0$ )

- a. Tidak ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa tahun 2012.
- b. Tidak ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa tahun 2012.
- c. Tidak ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa tahun 2012.
- d. Tidak ada hubungan antara kebiasaan makan dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa tahun 2012.

- e. Tidak ada hubungan antara frekuensi makan dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa tahun 2012.
- f. Tidak ada hubungan antara jenis makanan yang dikonsumsi dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa tahun 2012.

## 2. Hipotesis Alternatif (Ha)

- a. Ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa tahun 2012.
- b. Ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa tahun 2012.
- c. Ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa tahun 2012.
- d. Ada hubungan antara kebiasaan makan dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa tahun 2012.
- e. Ada hubungan antara frekuensi makan dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa tahun 2012.
- f. Ada hubungan antara jenis makanan yang dikonsumsi dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa upa tahun 2012.

## **BAB IV METODE PENELITIAN**

### **A. Jenis dan Rancangan Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah survey analitik dengan menggunakan rancangan *cross sectional study*. Survey analitik adalah jenis penelitian dimana data yang diidentifikasi telah terjadi atau sedang berlangsung tanpa adanya manipulasi variabel dari penelitian. Sedangkan rancangan *cross sectional study* lebih diarahkan untuk mendesain suatu penelitian dimana dalam hal ini variabel dependen dan indeviden diteliti dalam kurun waktu bersamaan.

### **B. Lokasi Penelitian**

Penelitian dilaksanakan di wilayah kerja puskesmas Minasa upa.

### **C. Populasi dan Sampel**

#### **1. Populasi**

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2005).

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anak baduta yang ada di wilayah kerja puskesmas Minasa upa yaitu sebanyak 319 anak baduta.

#### **2. Sampel**

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2005).

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian populasi yang diteliti. Cara pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan pengambilan sampel secara acak sederhana (*Simple random sampling*). Cara memilih elemen anggota sampel dalam penelitian ini adalah dengan cara teknik undian (lottery technique).

Cara perhitungan besar sampel dalam penelitian ini adalah :

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

Keterangan :

n : Besar sampel

N : Besar populasi

d : Tingkat kepercayaan atau ketepatan yang di inginkan  
10% (0,1)

Diketahui :

$$N = 319$$

$$d = 10\% \text{ atau } 0,1$$

$$n = \dots\dots\dots ?$$

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

$$n = \frac{319}{1 + 319(0,1)^2}$$

$$n = \frac{319}{1 + 3,19}$$

$$n = \frac{319}{4,19}$$

$$n = 76,1$$

$$= 76 \text{ anak baduta}$$

### 3. Responden

Yang menjadi responden dalam penelitian ini adalah ibu baduta, karena ibulah yang menyediakan pangan dan yang mengatur kebutuhan makanan didalam keluarganya.

## D. Instrumen Penelitian

1. Kuesioner
2. *Food Frekuensi*
3. Timbangan injak untuk mengukur berat anak baduta
4. Meteran untuk mengukur tinggi badan anak baduta

## E. Teknik Pengumpulan Data

1. Data primer
  - a. Diperoleh dari hasil wawancara langsung dengan responden dengan menggunakan kuesioner dan food frekuensi.
  - b. Pengukuran berat badan dengan menggunakan timbangan injak.
  - c. Pengukuran tinggi badan dengan menggunakan meteran.
2. Data sekunder

Dalam penelitian ini yang merupakan sumber data sekunder yaitu data yang diperoleh dari Puskesmas yang berhubungan dengan penelitian ini.

## F. Pengolahan dan Penyajian data

1. Pengolahan Data
  - a. Penyuntingan data (*editing*)

Dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul, yakni kegiatan memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan.

b. Pengkodean (*coding*)

Dilakukan untuk memudahkan pengolahan data. Coding merupakan kegiatan pemberian kode *numeric* (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori.

c. Entri data

Entri data adalah pemasukan data yang telah dikumpulkan kedalam master tabel.

d. Melakukan teknik analisis

Teknik analisis data dilakukan dengan menggunakan sistem komputerisasi program WHO Anthro 2005 untuk melihat status gizi baduta dan program SPSS versi 16 dimaksudkan untuk menguji hubungan variabel indeveden dengan variabel dependen.

2. Penyajian data

Penyajian data disajikan dalam bentuk naskah dalam tabel.



Tabel. 1

## Tabel kontigensi

Hubungan antara variabel indevidenden dengan variabel dependen

Variabel Independen	Variabel dependen		Jumlah
	Kategori 1	Kategori 2	
Kategori 1	a	b	a + b
Kategori 2	c	d	c + d
Total	a + c	b + d	a+b+c+d

Sumber : Notoatmodjo, 2005.

Keterangan :

- a. Banyaknya kasus yang benar-benar menderita penyakit dengan hasil tes yang positif.
- b. Banyaknya kasus yang sebenarnya tidak sakit tetapi menunjukkan hasil yang positif.
- c. Banyaknya kasus yang sebenarnya menderita penyakit tetapi hasil tes negatif.
- d. Banyaknya yang tidak sakit dengan hasil tes yang negatif.

## G. Analisis Data

### 1. Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan dengan menggunakan tabel distribusi dan persentase dari masing-masing variabel.

### 2. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui adanya hubungan variabel dependent terhadap variabel independen dengan menggunakan sistem komputerisasi SPSS versi 16 dengan derajat kepercayaan 95% ( $\alpha = 0,05$ ). Uji statistik yang digunakan adalah Chi-Square ( $X^2$ ) dengan rumus :

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

Keterangan :

$X^2$  = Chi-Square  
 $\sum$  = Sigma (jumlah)  
 O = Nilai observasi  
 E = Nilai expected (Harapan)

**Penilaian / Interpretasi :**

- Jika  $X^2$  hitung  $< X^2$  tabel (3,834), maka  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak jadi tidak terdapat hubungan yang bermakna atau

Jika nilai  $P > 0,05$  maka  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak jadi tidak terdapat hubungan yang bermakna.

- Jika  $X^2$  hitung  $> X^2$  tabel (3,834), maka  $H_0$  ditolak jadi terdapat hubungan yang bermakna atau

Jika nilai  $P < 0,05$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima jadi terdapat hubungan yang bermakna.

Dengan kata lain bahwa hipotesis diterima bila nilai  $P < 0,05$

## **BAB V**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum Puskesmas Minasa Upa Kota Makassar**

Puskesmas Minasa Upa merupakan salah satu puskesmas yang berada di bawah naungan Dinas Kesehatan Kota Makassar dan berada dalam wilayah Kecamatan Rappocini Kota Makassar, Puskesmas Minasa Upa dapat dijangkau dengan kendaraan umum baik mobil angkutan umum maupun becak.

Berdasarkan Peraturan Daerah No.23 Tahun 2001, Puskesmas Minasa Upa sebagai Institusi Pelaksana Teknis Pelayanan Kesehatan, mempunyai tugas pokok melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan, pemulihan pasien yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan cara pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

Puskesmas Minasa Upa merupakan puskesmas yang menyelenggarakan perawatan rawat inap dan mendukung program dari gubernur yaitu “program kesehatan gratis” khususnya perawatan dasar.

#### **1. Visi dan Misi Puskesmas Minasa Upa**

- Visi

Mampu menjadi pusat pelayanan kesehatan terbaik di kotaku dalam mewujudkan Indonesia Sehat 2015.

- Misi

Untuk mewujudkan visi tersebut di atas, maka berdasarkan tugas pokok dan fungsi Puskesmas Minasa Upa maka dirumuskan misi sebagai berikut:

- a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu merata dan terjangkau

- b. Menciptakan lingkungan kelurahan yang berwawasan kesehatan
- c. Mendorong pemberdayaan masyarakat dengan pendekatan paradigma sehat

## **2. Batas-Batas Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa**

Wilayah kerja Puskesmas Minasa Upa terdiri dari kelurahan Gunung Sari dengan 18 RW dan kelurahan Karunrung dengan 1 RW dengan batas-batas wilayah kerja Puskesmas Minasa Upa sebagai berikut :

- a. Sebelah Utara : RW XIV Kelurahan Karunrung
- b. Sebelah Timur : Kecamatan Somba Opu Kabupaten Gowa
- c. Sebelah Barat : RW II Kelurahan Gunung Sari
- d. Sebelah Selatan : Kelurahan Mangasa

Sebagian besar wilayah kerja Puskesmas Minasa Upa berada dalam wilayah kelurahan Gunung Sari dengan luas 166.372 km<sup>2</sup> dan kelurahan Karunrung 10 km<sup>2</sup>.

## **3. Sarana Perhubungan**

Puskesmas Minasa Upa terjangkau oleh kendaraan umum baik mobil angkutan umum maupun becak.

## **4. Fasilitas Pelayanan Kesehatan.**

***Fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah :***

- a. Puskesmas : 1 buah
- b. Puskesmas Pembantu : 1 buah

***Fasilitas pelayanan kesehatan swasta :***

- a. Dokter praktek swasta : 6 buah
- b. Bidan praktek swasta : 1 buah

c. Toko obat berizin : 2 buah

***Fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat :***

Posyandu : 17 buah

**5. Keadaan Sarana.**

a. Gedung Puskesmas terdiri dari :

i. Gedung Poliklinik.

**Tabel 5.1**  
Gedung Poli Klinik Puskesmas Minasa Upa

<b>No</b>	<b>Nama Ruangan</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Keterangan</b>
1.	Balai Pengobatan	1 buah	
2.	Kamar kartu	1 buah	
3.	Kamar K I A	1 buah	
4.	Kamar obat	1 buah	
5.	Kamar laboratorium	1 buah	
6.	Kamar P P M	1 buah	
7.	Poliklinik gigi	1 buah	
	<b>Jumlah</b>	<b>7 buah</b>	

Sumber : Data Sekunder, 2012

ii. Gedung Perawatan (RSP)

**Tabel 5.2**  
Gedung Perawatan (RSP) Puskesmas Minasa Upa

<b>No</b>	<b>Nama Ruangan</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Keterangan</b>
1	Rawat Inap Umum	5 buah	
2	Rawat Inap Persalinan	3 buah	
3	Unit Gawat Darurat	1 buah	
4	Kamar bersalin	1 buah	
5	Kamar Jaga Perawat	1 buah	
6	Kamar Inventaris	1 buah	
7	Dapur	1 buah	
8	Kamar cleaning servis	1 buah	
9	Kamar mandi	3 buah	
10	Gudang	2 buah	
	<b>Jumlah</b>	<b>18 buah</b>	

Sumber : Data Sekunder, 2012

iii. Gedung Administrasi

Gedung ini adalah Rumah Dinas Dokter yang dijadikan ruang –ruang antara lain :

**Tabel 5.3**  
Gedung Administrasi Puskesmas Minasa Upa

No	Nama Ruang	Jumlah	Keterangan
1	Ruang Kepala Puskesmas	1 buah	
2	Ruang Tata Usaha	1 buah	
3	Ruang Bendahara	1 buah	
4	Ruang Kantor	1 buah	
5	Gudang Inventaris	2 buah	
6	Kamar mandi	1 buah	

Sumber : Data Sekunder, 2012

- a. Gedung Puskesmas Pembantu ( Pustu ) : 1 buah
- b. Perumahan dinas paramedis : 2 buah
- c. Kendaraan bermotor : 3 buah
- d. Perumahan dinas Pustu : 1 buah
- e. Mobil Ambulance : 1 buah

**6. Struktur Organisasi dan Personalia Puskesmas Minasa Upa**

- 1. Kepala Puskesmas Minasa Upa : Dr.Hj.Hatase Nurna
- 2. Urusan Tata Usaha : Ayu Istiqa Sarie, S.KM.
- 3. Keuangan : Hj.Hasniah,SE
- 4. Administrasi Rawat Inap : Hj.Asma Rosidah,SKM
- 5. Dokter Poli : dr.Ismawati Amin
- : dr. Ratih Deviyanti
- : drg.Hj.Nurpaidah
- : drg.Hj.Nurlayli
- 6. Unit KIA :
  - Koordinator : Hj.Rahmawati Haddade,Am.Keb

- KIA / KB : Hj.Rahmawati Haddade,Am.Keb
- GIZI : Hj.Rahmawati Suhama, A.MG
- UKS : Saraweta, Am.Kep
- USILA : Dra. Hj. Warnita
7. Unit P2PL :
- Koordinator : St.Arafat Sanaky,SKM
- Surveillance : Martini
- Imunisasi : Hamidah
- Kesling : Muh.Idris
8. Unit Gigi dan Mulut :
- Koordinator : drg.Hj.Nurpaidah
- UKGS : Raswita
9. Unit Pengobatan :
- Koordinator : dr.Ismawati Amin
- : dr.Ratih Deviyanti
- : Hj.St.Mardyah,SKM
- : Aryani Srinirmala,S.Kep
10. Unit Farmasi
- Koordinator : Masrita,S.si.Apt
11. Unit Laboratorium : Kaharuddin,SKM
12. Pustu : Hariani, AR

## 7. Sumber Daya Manusia di Puskesmas Minasa Upa

Struktur organisasi Puskesmas Minasa Upa terdiri dari seorang kepala Puskesmas yang membawahi kepala tata usaha, bagian kepegawaian, bagian urusan umum, bagian keuangan, bagian pelaporan, dan bagian perlengkapan dengan jumlah pegawai secara keseluruhan sebanyak 37 orang.

**Tabel 5.4**  
Sumber Daya Manusia Puskesmas Minasa Upa

No	Jenis Pendidikan	DPB	DPK	PTT	Jumlah
1	Dokter Umum	4	0	0	4
2	Dokter Gigi	2	0	0	2
3	S K M	7	0	0	7
4	Sarjana Keperawatan	3	0	0	3
5	Sarjana Farmasi	1	0	0	1
6	Sarjana Ekonomi	1	0	0	1
7	AKPER	5	0	0	5
8	Bidan	6	0	0	6
9	S P K	4	0	0	4
10	D III Gigi	1	0	0	1
11	Teknikal gigi	1	0	0	1
12	D III gizi	1	0	0	1
13	D III Kesehatan Lingkungan	1	0	0	1
14	S P P H	1	0	0	1
	<b>Jumlah</b>	<b>38</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>38</b>

Sumber : Data Sekunder, 2012

## 8. Uraian Tugas Puskesmas Minasa Upa

Tugas Puskesmas Minasa Upa sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan, Puskesmas Minasa Upa menjalankan sejumlah pelayanan kesehatan yang dilaksanakan melalui instalasi Rawat Jalan, Rawat Darurat, Rawat Inap, dan Instalasi Penunjang pelayanan.

### a. Instalasi Rawat Jalan melalui:

- i. Poliklinik Umum
- ii. Poliklinik Gigi



b. Instalasi Rawat Darurat

Pelayanan instalasi rawat darurat diselenggarakan 24 jam setiap harinya.

c. Instalasi Rawat Inap

Instalasi-instalasi rawat inap dengan jumlah tempat tidur 13 buah

d. Pelayanan Penunjang

- i. Instalasi Laboratorium
- ii. Instalasi Kamar Bersalin
- iii. Instalasi Gizi
- iv. Instalasi Farmasi

e. Administrasi

i. Kegiatan

- Penerimaan surat – surat masuk
- Membuat surat – surat keluar
- Menginventarisir barang – barang milik Daerah
- Menginventarisir barang – barang milik Negara

ii. Jumlah Pegawai Puskesmas Minasa Upa Menurut Kepangkatan

- Golongan IV / b = 1 orang
- Golongan IV/ a = 1 orang
- Golongan III / d = 8 orang
- Golongan III / c = 8 orang
- Golongan III / b = 6 orang
- Golongan III/a = 6 orang
- Golongan II / d = 3 orang

- Golongan II / c = 3 orang
- Golongan II/b = 1 orang

iii. Kegiatan Pokok Puskesmas

Kegiatan pokok Puskesmas Minasa Upa terdiri dari 14 kegiatan yang dilaksanakan yaitu :

1. Kesehatan Ibu dan Anak ( K I A )
2. Keluarga Berencana ( K B )
3. G i z i
4. Kesehatan Lingkungan
5. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular
6. Pengobatan
7. Penyuluhan Kesehatan
8. Kesehatan Sekolah
9. Kesehatan Olah Raga
10. Penyuluhan Kesehatan Masyarakat
11. Kesehatan Kerja
12. Kesehatan Gigi dan Mulut
13. Kesehatan Jiwa
14. Kesehatan Mata
15. Laboratorium Sederhana
16. Pencatatan dan Pelaporan
17. Usaha
18. Pembinaan Pengobatan Tradisional.

## B. Hasil Penelitian

### 1. Analisis Univariat

#### Karakteristik responden

##### a. Umur

**Tabel 5.5**  
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok Umur  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa  
Tahun 2012

Kelompok Umur	n	%
20-25 tahun	8	10,5
26-30 tahun	35	46,1
31-35 tahun	27	35,5
36-40 tahun	5	6,6
41-45 tahun	1	1,3
<b>Jumlah</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

Sumber : Data Primer, 2012

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan bahwa dari 76 responden, distribusi frekuensi responden berdasarkan kelompok umur dengan jumlah tertinggi yaitu pada kelompok umur 26-30 tahun sebanyak 35 orang (46,1%) dan yang paling rendah adalah kelompok umur 41-45 tahun yaitu sebanyak 1 orang (1,3%).

##### b. Tingkat Pendidikan

**Tabel 5.6**  
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa  
Tahun 2012

Tingkat Pendidikan	n	%
SD	3	3,9
SMP	8	10,5
SMA/SMK	47	61,8
Diploma	5	6,6
Sarjana	13	17,1
<b>Jumlah</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

Sumber : Data Primer, 2012

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan bahwa dari 76 responden, distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pendidikan dengan jumlah tertinggi yaitu SMA/SMK sebanyak 47 orang (61,8%) dan yang paling rendah adalah SD yaitu sebanyak 3 orang (3,9%).

### c. Pekerjaan

**Tabel 5.7**  
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa  
Tahun 2012

Pekerjaan	n	%
IRT	69	90,8
PNS	4	5,3
Wiraswasta	3	3,9
<b>Jumlah</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

Sumber : Data Primer, 2012

Berdasarkan tabel 5.7 menunjukkan bahwa dari 76 responden, distribusi frekuensi responden berdasarkan pekerjaan dengan jumlah tertinggi yaitu IRT sebanyak 69 orang (90,8%) dan yang paling rendah adalah Wiiraswasta yaitu sebanyak 3 orang (3,9%).

### Karakteristik Anak Baduta

#### a. Jenis Kelamin

**Tabel 5.8**  
Distribusi Frekuensi Anak Baduta Berdasarkan Jenis Kelamin  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa  
Tahun 2012

Jenis Kelamin	n	%
Laki-laki	43	56,6
Perempuan	33	43,4
<b>Jumlah</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

Sumber : Data Primer, 2012

Berdasarkan tabel 5.8 menunjukkan bahwa dari 76 anak baduta, distribusi frekuensi anak baduta berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki sebanyak 43 anak baduta (56,6%) dan perempuan sebanyak 33 anak baduta (43,3%).

#### b. Umur

**Tabel 5.9**  
Distribusi Frekuensi Anak Baduta Berdasarkan Kelompok Umur  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa  
Tahun 2012

Kelompok Umur	n	%
12-14 bulan	14	18,4
15-17 bulan	14	18,4
18-20 bulan	14	18,4
21-23 bulan	34	44,7
<b>Jumlah</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

*Sumber : Data Primer, 2012*

Berdasarkan tabel 5.9 menunjukkan bahwa dari 76 anak baduta, distribusi frekuensi anak baduta berdasarkan kelompok umur dengan jumlah tertinggi yaitu pada kelompok umur 21-23 bulan sebanyak 34 anak baduta (44,7%) dan yang paling rendah sebanyak 14 anak baduta (18,4%) yaitu pada kelompok umur 12-14 bulan, 15-17 bulan dan 18-20 bulan.

#### a) Status Gizi

**Tabel 5.10**  
Distribusi Frekuensi Anak Baduta Berdasarkan Status Gizi  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa  
Tahun 2012

Status Gizi	n	%
Kurang	4	5,3
Normal	70	92,1
Lebih	2	2,6
<b>Jumlah</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

*Sumber : Data Primer, 2012*

Berdasarkan tabel 5.10 menunjukkan bahwa dari 76 anak baduta, dimana anak baduta yang berstatus gizi kurang sebanyak 4 anak baduta (5,3%), 70 anak baduta (92,1%) yang berstatus gizi normal dan 2 anak baduta (2,6%) yang berstatus gizi lebih.

**b) Jumlah Anggota Keluarga**

**Tabel 5.11**

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jumlah Anggota Keluarga  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa  
Tahun 2012

<b>Jumlah Anggota Keluarga</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kecil	57	75,0
Besar	19	25,0
<b>Jumlah</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

*Sumber : Data Primer, 2012*

Berdasarkan tabel 5.11 menunjukkan bahwa dari 76 responden, sebagian besar responden memiliki jumlah anggota keluarga kecil sebanyak 57 orang (75,0%) dan 19 orang (25,0%) yang memiliki anggota keluarga besar.

**c) Pendapatan Keluarga**

**Tabel 5.12**

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendapatan Keluarga  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa  
Tahun 2012

<b>Pendapatan Keluarga</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Cukup	67	88,2
Kurang	9	11,8
<b>Jumlah</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

*Sumber : Data Primer, 2012*

Berdasarkan tabel 5.12 menunjukkan bahwa dari 76 responden, terdapat 67 orang (88,2%) yang memiliki pendapatan keluarga cukup dan 9 orang (11,8%) yang memiliki pendapatan keluarga kurang.

**d) Pengetahun Ibu**

**Tabel 5.13**  
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan Ibu  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa  
Tahun 2012

<b>Pengetahuan</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Cukup	73	96,1
Kurang	3	3,9
<b>Jumlah</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

*Sumber : Data Primer, 2012*

Berdasarkan tabel 5.13 menunjukkan bahwa dari 76 responden, distribusi frekuensi responden berdasarkan pengetahuan ibu, Dimana ibu yang pengetahuannya cukup sebanyak 73 orang (96,1%) dan ibu yang pengetahuannya kurang sebanyak 3 orang (3,9%).

**e) Kebiasaan Makan**

**Tabel 5.14**  
Distribusi Frekuensi Anak Baduta Berdasarkan Kebiasaan Makan  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa  
Tahun 2012

<b>Kebiasaan Makan</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Cukup	54	71,1
Kurang	22	28,9
<b>Jumlah</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

*Sumber : Data Primer, 2012*

Berdasarkan tabel 5.14 menunjukkan bahwa dari 76 anak baduta, distribusi frekuensi anak baduta berdasarkan kebiasaan makan, dimana anak baduta yang memiliki kebiasaan makan yang cukup sebanyak 54 anak baduta (71,1%) dan sebanyak 22 anak baduta (28,9%) yang memiliki kebiasaan makan yang kurang.

**f) Frekuensi Makan**

**Tabel 5.15**

Distribusi Frekuensi Anak Baduta Berdasarkan Frekuensi Makan  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa  
Tahun 2012

<b>Frekuensi Makan</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Cukup	62	81,6
Kurang	14	18,4
<b>Jumlah</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

*Sumber : Data Primer, 2012*

Berdasarkan tabel 5.15 menunjukkan bahwa dari 76 anak baduta, distribusi frekuensi anak baduta berdasarkan frekuensi makan, terdapat 62 anak baduta (81,6%) yang frekuensi makannya cukup dan 14 anak baduta (18,4%) yang frekuensi makannya kurang.

**g) Jenis Makanan**

**Tabel 5.16**

Distribusi Frekuensi Anak Baduta Berdasarkan Jenis Makanan  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa  
Tahun 2012

<b>Jenis Makanan</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Cukup	58	76,3
Kurang	18	23,7
<b>Jumlah</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

*Sumber : Data Primer, 2012*

Berdasarkan tabel 5.16 menunjukkan bahwa dari 76 anak baduta, distribusi frekuensi anak baduta berdasarkan jenis makanan, dimana anak baduta yang jenis makanannya cukup sebanyak 58 anak baduta (76,3%) dan sebanyak 18 anak baduta (23,7%) yang jenis makanannya kurang.



## 2. Analisis Bivariat

### 1. Hubungan Jumlah Anggota Keluarga Dengan Status Gizi Anak

#### Baduta

**Tabel 5.17**

Hubungan Jumlah Anggota Keluarga Dengan Status Gizi Anak Baduta  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa  
Tahun 2012

Jumlah Anggota keluarga	Status Gizi (IMT/U)								P
	Kurang		Normal		Lebih		Jumlah		0,364
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kecil	2	3,5	53	93,0	2	3,5	57	100,0	
Besar	2	10,5	17	89,5	0	0,0	19	100,0	
Jumlah	4	5,3	70	92,1	2	2,6	76	100,0	

Sumber : Data Primer, 2012

Berdasarkan tabel 5.17 diatas menunjukkan bahwa dari 57 anak baduta yang memiliki jumlah anggota keluarga kecil terdapat 53 anak baduta (93,0%) dengan status gizi normal, dan dari 19 anak baduta yang memiliki jumlah anggota keluarga besar terdapat 17 anak baduta (89,5%) dengan status gizi normal.

Hasil analisis statistik diperoleh nilai  $P = 0,364 > 0,05$ . Ini berarti  $H_a$  ditolak dan  $H_0$  diterima. Jadi, tidak ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja Puskesmas Minasa Upa tahun 2012.

## 2. Hubungan Pendapatan Keluarga Dengan Status Gizi Anak Baduta

**Tabel 5.18**

Hubungan Pendapatan Keluarga Dengan Status Gizi Anak Baduta  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa  
Tahun 2012

Pendapatan keluarga	Status Gizi (IMT/U)								P
	Kurang		Normal		Lebih		Jumlah		0,000
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cukup	1	1,5	64	95,5	2	3,0	67	100,0	
Kurang	3	33,3	6	66,7	0	0,0	9	100,0	
Jumlah	4	5,3	70	92,1	2	2,6	76	100,0	

Sumber : Data Primer, 2012

Berdasarkan tabel 5.18 diatas menunjukkan bahwa dari 67 anak baduta yang memiliki pendapatan keluarga cukup terdapat 64 anak baduta (95,5%) dengan status gizi normal, dan dari 9 anak baduta yang memiliki pendapatan keluarga kurang terdapat 6 anak baduta (66,7%) dengan status gizi normal.

Hasil analisis statistik diperoleh nilai  $P = 0,000 < 0,05$ . Ini berarti  $H_a$  diterima dan  $H_0$  ditolak. Jadi, ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja Puskesmas Minasa Upa tahun 2012.

### 3. Hubungan Pengetahuan Ibu Dengan Status Gizi Anak Baduta

**Tabel 5.19**

Hubungan Pengetahuan Ibu dengan Status Gizi Anak Baduta  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa  
Tahun 2012

Pengetahuan Ibu	Status Gizi (IMT/U)								P
	Kurang		Normal		Lebih		Jumlah		0,000
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cukup	2	2,7	69	94,5	2	2,7	73	100,0	
Kurang	2	66,7	1	33,3	0	0,0	3	100,0	
Jumlah	4	5,3	70	92,1	2	2,6	76	100,0	

Sumber : Data Primer, 2012

Berdasarkan tabel 5.19 diatas menunjukkan bahwa dari 73 anak baduta yang memiliki pengetahuan ibu yang cukup terdapat 69 anak baduta (94,5%) dengan status gizi normal, dan dari 3 anak baduta yang memiliki pengetahuan ibu kurang terdapat 1 anak baduta (33,3%) dengan status gizi normal.

Hasil analisis statistik diperoleh nilai  $P = 0,000 < 0,05$ . Ini berarti  $H_a$  diterima dan  $H_0$  ditolak. Jadi, ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja Puskesmas Minasa Upa tahun 2012.

#### 4. Hubungan Kebiasaan Makan Dengan Status Gizi Anak Baduta

**Tabel 5.20**

Hubungan Kebiasaan Makan dengan Status Gizi Anak Baduta  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa  
Tahun 2012

Kebiasaan Makan	Status Gizi (IMT/U)								P
	Kurang		Normal		Lebih		Jumlah		0,004
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cukup	0	0,0	52	96,3	2	3,7	54	100,0	
Kurang	4	18,2	18	81,8	0	0,0	22	100,0	
Jumlah	4	5,3	70	92,1	2	2,6	76	100,0	

Sumber : Data Primer, 2012

Berdasarkan tabel 5.20 diatas menunjukkan bahwa dari 54 anak baduta yang memiliki kebiasaan makan yang cukup terdapat 52 anak baduta (96,3%) dengan status gizi normal, dan dari 22 anak baduta yang memiliki kebiasaan makan yang kurang terdapat 18 anak baduta (81,8%) dengan status gizi normal.

Hasil analisis statistik diperoleh nilai  $P = 0,004 < 0,05$ . Ini berarti  $H_a$  diterima dan  $H_0$  ditolak. Jadi, ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja Puskesmas Minasa Upa tahun 2012.

## 5. Hubungan Frekuensi Makan Dengan Status Gizi Anak Baduta

**Tabel 5.21**

Hubungan Frekuensi Makan dengan Status Gizi Anak Baduta  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa  
Tahun 2012

Frekuensi Makan	Status Gizi (IMT/U)								P
	Kurang		Normal		Lebih		Jumlah		0,000
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cukup	0	0,0	60	96,8	2	3,2	62	100,0	
Kurang	4	28,6	10	71,4	0	0,0	14	100,0	
Jumlah	4	5,3	70	92,1	2	2,6	76	100,0	

Sumber : Data Primer, 2012

Berdasarkan tabel 5.21 diatas menunjukkan bahwa dari 62 anak baduta yang memiliki frekuensi makan yang cukup terdapat 60 anak baduta (96,8%) dengan status gizi normal, dan dari 14 anak baduta yang memiliki frekuensi makan yang kurang terdapat 10 anak baduta (71,4%) dengan status gizi normal.

Hasil analisis statistik diperoleh nilai  $P = 0,000 < 0,05$ . Ini berarti  $H_a$  diterima dan  $H_0$  ditolak. Jadi, ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja Puskesmas Minasa Upa tahun 2012.

## 6. Hubungan Jenis Makanan Dengan Status Gizi Anak Baduta

**Tabel 5.22**

Hubungan Jenis Makanan dengan Status Gizi Anak Baduta  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa  
Tahun 2012

Jenis Makanan	Status Gizi (IMT/U)								P
	Kurang		Normal		Lebih		Jumlah		0,001
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cukup	0	0,0	56	96,6	2	3,4	58	100,0	
Kurang	4	22,2	14	77,8	0	0,0	18	100,0	
Jumlah	4	5,3	70	92,1	2	2,6	76	100,0	

Sumber : Data Primer, 2012

Berdasarkan tabel 5.22 diatas menunjukkan bahwa dari 58 anak baduta yang memiliki jenis makanan yang cukup terdapat 56 anak baduta (96,6%) dengan status gizi normal, dan dari 18 anak baduta yang memiliki jenis makanan yang kurang terdapat 14 anak baduta (77,8%) dengan status gizi normal.

Hasil analisis statistik diperoleh nilai  $P = 0,001 < 0,05$ . Ini berarti  $H_a$  diterima dan  $H_0$  ditolak. Jadi, ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja Puskesmas Minasa Upa tahun 2012.

## C. Pembahasan

### 1. Status Gizi

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi (Almatsier, 2009). Sedangkan menurut (Irianto, 2006) status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau dapat dikatakan bahwa status gizi merupakan indikator baik buruknya penyediaan makanan sehari-hari. Status gizi dipengaruhi oleh konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi dalam tubuh. Bila tubuh memperoleh zat-zat gizi dan menggunakan secara efisien akan tercapai status gizi optimal yang memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja, dan kesehatan secara umum pada tingkat setinggi mungkin (Almatsier, 2009).

Berdasarkan hasil penelitian, khusus untuk wilayah kerja Puskesmas Minasa Upa Kota Makassar tahun 2012, dari 76 anak baduta, terdapat 70 anak baduta yang berstatus gizi normal dengan persentase 92,1%, yang berstatus gizi kurang sebanyak 4 anak baduta (5,3%), dan yang berstatus gizi lebih sebanyak 2 orang dengan persentase 2,6%).

Penilaian status gizi yang digunakan dalam penelitian ini yaitu penilaian secara antropometri dengan menggunakan indeks massa tubuh menurut umur (IMT/U) selanjutnya hasil indeks IMT/U dihitung Z-skornya untuk menentukan keadaan gizi anak baduta.

**a. Hubungan Jumlah Anggota Keluarga dengan Status Gizi Anak Baduta**

Banyaknya anggota keluarga akan mempengaruhi konsumsi pangan. Suhardjo (1989) mengatakan bahwa ada hubungan sangat nyata antara besar keluarga dan kurang gizi pada masing-masing keluarga. Jumlah anggota keluarga tanpa diimbangi dengan peningkatan pendapatan akan menyebabkan pendistribusian konsumsi pangan akan semakin tidak merata. Pangan yang tersedia untuk suatu keluarga besar mungkin hanya cukup untuk keluarga yang besarnya setengah dari keluarga tersebut. Keadaan yang demikian tidak cukup untuk mencegah timbulnya gangguan gizi pada keluarga besar.

Anak-anak yang tumbuh dalam suatu keluarga yang kurang mampu paling rawan terhadap kurang gizi diantara seluruh anggota keluarga dan anak yang paling kecil biasanya paling terpengaruhi oleh kekurangan pangan. Sebab seandainya besar keluarga bertambah maka pangan untuk setiap anak berkurang dan banyak orang tua tidak menyadari bahwa anak-anak yang sangat muda memerlukan pangan relatif lebih banyak daripada anak-anak yang lebih tua. Dengan demikian anak-anak yang muda mungkin tidak diberi cukup makan (Suhardjo, 2003).

Seperti juga dikemukakan Berg (1986) bahwa jumlah anak yang menderita kelaparan pada keluarga besar, empat kali lebih besar dibandingkan dengan keluarga kecil. Anak-anak yang mengalami gizi kurang pada keluarga beranggota banyak, lima kali lebih besar dibandingkan dengan keluarga beranggota sedikit. Dalam hubungannya dengan pengeluaran rumah tangga, Sanjur (1992) menyatakan bahwa besar keluarga yaitu banyaknya anggota



suatu keluarga, akan mempengaruhi pengeluaran rumah tangga. Harper (1990), mencoba menghubungkan antara besar keluarga dan konsumsi pangan, diketahui bahwa keluarga miskin dengan jumlah anak yang banyak akan lebih sulit untuk memenuhi kebutuhan pangannya, jika dibandingkan keluarga dengan jumlah anak sedikit. Lebih lanjut dikatakan bahwa keluarga dengan konsumsi pangan yang kurang, anaknya lebih sering menderita gizi kurang.

Dari hasil penelitian dapat dilihat bahwa jumlah responden yang memiliki jumlah anggota keluarga besar sebanyak 19 orang, sebagian besar anak badutanya berstatus gizi baik yaitu 17 (89,5%) dan sebanyak 2 anak baduta (10,5%) yang berstatus gizi kurang. Sedangkan responden yang memiliki jumlah anggota keluarga yang kecil sebanyak 57 orang, sebagian besar anak badutanya berstatus gizi normal sebanyak 53 (93,0%), sebagian anak badutanya berstatus gizi kurang sebanyak 2 (3,5%) dan yang berstatus gizi lebih sebanyak 2 anak baduta (3,5%).

Berdasarkan hasil tersebut, diperoleh nilai  $P = 0,364 > 0,05$ , berarti tidak ada hubungan jumlah anggota keluarga dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa Upa tahun 2012. Hasil pengolahan data menunjukkan bahwa jumlah anggota keluarga memiliki peluang yang kecil dalam mempengaruhi status gizi anak baduta.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hidei (2003), bahwa tidak ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi anak baduta di Desa Maliwa'a Kecamatan Idonogowa

Kabupaten Nias Sumatera Utara. Dibuktikan dari hasil uji chi-square dengan nilai  $P = 0,737 > 0,05$ .

Meskipun dalam penelitian ini jumlah anggota keluarga bukan merupakan faktor yang berhubungan dengan status gizi anak baduta. Namun, jumlah anggota keluarga juga turut mempengaruhi status gizi. Semakin kecil jumlah anggota keluarga, kemampuan untuk menyediakan makanan yang beragam juga semakin besar karena tidak membutuhkan biaya yang cukup besar untuk membeli beragam makanan jika dibandingkan dengan jumlah anggota keluarga sedang atau besar. Jumlah anggota keluarga dan status gizi diketahui bahwa keluarga miskin dengan jumlah anak yang banyak akan lebih sulit untuk memenuhi kebutuhan pangannya, jika dibandingkan rumah tangga dengan jumlah anak sedikit.

Ada beberapa sebab mengapa dalam penelitian ini tidak terdapat hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi anak baduta. Pertama, adanya variabel perancu yang tidak dikendalikan menyebabkan hubungan yang terjadi antara variabel bebas dengan variabel terikat. Jumlah sampel yang kecil dapat menyebabkan parameter yang ada pada sampel tidak mampu membuat pendugaan yang baik parameter pada populasi.

Berdasarkan hasil penelitian di lapangan, mereka yang jumlah anggota keluarga besar namun status gizi badutanya normal disebabkan karena beberapa alasan, salah satu diantaranya karena memiliki pendapatan keluarga yang cukup maka keluarga lebih leluasa dalam pemilihan makanan yang beragam sehingga memungkinkan status gizi badutanya normal.

### **b. Hubungan Pendapatan Keluarga dengan Status Gizi Anak Baduta**

Pendapatan adalah seluruh penerimaan baik berupa uang maupun barang yang diterima seseorang dari hasil usaha (Sumardi, dalam patwa, 2005). Tingkat pendapatan akan menentukan makanan apa yang akan dibeli oleh keluarga. Selain itu tingkat pendapatan dapat menentukan pola makan. Keluarga dengan pendapatan terbatas kemungkinan besar akan kurang dapat memenuhi kebutuhan makanannya terutama untuk memenuhi kebutuhan zat gizi dalam tubuhnya. Sebaliknya semakin banyak mempunyai uang berarti semakin baik makanan yang diperoleh. Ada pula keluarga yang mempunyai penghasilan cukup namun sebagian anaknya berstatus gizi kurang (Sajogyo, 2002).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 67 anak baduta yang memiliki pendapatan keluarga cukup terdapat 64 anak baduta (95,5%) dengan status gizi normal, dan dari 9 anak baduta yang memiliki pendapatan keluarga kurang terdapat 6 anak baduta (66,7%) dengan status gizi normal. Berdasarkan hasil tersebut, diperoleh nilai  $P = 0,000 < 0,05$ , yang berarti bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pendapatan keluarga dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja Puskesmas Minasa Tahun 2012.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Rizkya (2008) bahwa ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan status gizi anak baduta berdasarkan IMT menurut umur di wilayah kerja puskesmas Pancoran Mas, Depok tahun 2008, diperoleh nilai  $p = 0,047$ . Hal ini berarti bahwa semakin tinggi pendapatan keluarga semakin baik status gizinya, hal

ini disebabkan karena dengan pendapatan yang cukup maka keluarga lebih leluasa dalam pemilihan makanan yang beragam. Setiap orang memiliki pertimbangan tersendiri dalam memilih jenis makanan yang akan mereka konsumsi. Tidak selamanya yang berpendapatan baik, akan memilih jenis makanan yang baik pula, begitu pun sebaliknya.

**c. Hubungan Pengetahuan Ibu dengan Status Gizi Anak Baduta**

Pengetahuan gizi dan kesehatan merupakan salah satu faktor penting dan harus dimiliki oleh ibu sebagai orang yang mempunyai peranan besar dalam mencantumkan konsumsi makanan anak baduta.

Tingkat pengetahuan ibu tentang gizi yang tinggi dapat mempengaruhi kebiasaan makan anak baduta yang pada akhirnya akan mempengaruhi status gizi anak baduta. Dengan pengetahuan yang baik, seorang ibu dapat memilih dan memberikan makanan bagi balita baik dari segi kualitas maupun kuantitas yang memenuhi angka kecukupan gizi bagi anak badutanya.

Sebagaimana hadits diriwayatkan dari H.R. Tirmidziy :

من خرج في طلب العلم كان في سبيل الله حتى يرجع

*Artinya : Barangsiapa keluar dalam rangka menuntut ilmu maka dia berada di jalan Allah sampai dia kembali.*

Dalam hadis di atas menjelaskan tentang perbedaan orang yang memiliki ilmu dengan orang yang tidak memiliki ilmu dengan indikasi bahwa bagi orang yang menuntut ilmu mendapat gelar *jihad fi sabilillah* dimanapun mereka berada sampai mereka pulang kembali ke rumahnya. Seiring dengan pendapat Ibnu Mundzir yang mengatakan bahwa salah satu amal yang paling

mulia setelah melaksanakan ibadah fardhu adalah menuntut ilmu, sehingga dalam menuntut ilmu itu penuh kebaikan dan kemuliaan bagi orang yang menuntutnya (Al-Tirmidziy).

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 73 ibu yang mempunyai pengetahuan yang cukup, terdapat 69 anak baduta (94,5%) yang berstatus gizi normal. Dari 3 ibu yang mempunyai pengetahuan kurang, terdapat 2 anak baduta (66,7%) yang berstatus gizi kurang.

Berdasarkan hasil uji statistic diperoleh hasil nilai  $P = 0,000 < 0,05$ . Ini berarti  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, jadi, ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan ibu dengan status gizi anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa Upa tahun 2012. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan gizi ibu yang kurang berakibat buruk terhadap status gizi pada anak baduta. Dalam artian bahwa pengetahuan ibu sangat berpeluang untuk mempengaruhi status gizi anak baduta.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rizky (2008) bahwa ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan status gizi anak baduta berdasarkan IMT menurut umur di wilayah kerja puskesmas Pancoran Mas, Depok tahun 2008, diperoleh nilai  $p = 0,001$ .

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan teori Suhardjo (2003) yang menyatakan bahwa dalam penyediaan makanan keluarga dalam hal ini biasanya dilakukan oleh seorang ibu, banyak yang tidak memanfaatkan bahan makanan yang bergizi, hal ini disebabkan salah satunya karena kurangnya pengetahuan akan bahan makanan yang bergizi. Dalam penyediaan makanan

untuk keluarga khususnya bagi anak baduta yang masih dalam proses pertumbuhan harus diperhatikan aspek gizinya sehingga kebutuhan akan zat-zat gizi yang penting bagi tubuh dapat terpenuhi.

#### **d. Hubungan Kebiasaan Makan dengan Status Gizi Anak Baduta**

Kebiasaan makan menggambarkan susunan menu yang dimakan setiap hari. Kebiasaan makan adalah cara-cara individu atau kelompok dalam memilih, mengkonsumsi, dan memanfaatkan bahan pangan yang tersedia yang didasarkan pada faktor-faktor budaya lingkungan tempat mereka hidup. Kebiasaan makan disuatu daerah berubah-ubah sesuai kondisi dengan perubahan beberapa faktor ataupun kondisi setempat yaitu faktor yang berhubungan dengan persediaan pangan dan adat kebiasaan. Kebiasaan makan ini sering disebut dengan pola makan.

Hasil penelitian diperoleh bahwa sebagian besar kebiasaan makan anak baduta termasuk kategori cukup yaitu sebanyak 54 anak baduta dan kategori kurang sebanyak 22 anak baduta bila dikaitkan dengan status gizi diperoleh bahwa dari 54 anak baduta yang memiliki kebiasaan makan cukup dan status gizi normal sebanyak 52 (96,3%) sedangkan dari 22 anak baduta yang memiliki kebiasaan makan kurang dan status gizi kurang sebanyak 4 (18,2%).

Hasil penelitian ini diperoleh nilai  $P = 0,004 < 0,05$ . Ini berarti  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, jadi, ada hubungan antara kebiasaan makan dengan status gizi anak baduta. Hal ini menunjukkan bahwa semakin baik kebiasaan makan anak baduta maka semakin baik pula status gizinya. Dalam

artian bahwa kebiasaan makan sangat berpeluang untuk mempengaruhi status gizi anak baduta.

Secara umum tampak bahwa kabiasaan makan anak baduta di wilayah kerja puskesmas Minasa Upa sebagian besar sudah baik, namun masih banyak yang memiliki kebiasaan makan kurang baik. Secara spesifik tampak bahwa konsumsi makanan terutama golongan sayur dan buah kebanyakan tergolong kurang. Sayur dan buah merupakan golongan bahan makanan sebagai sumber vitamin dan mineral, yang sangat penting bagi kesehatan. Vitamin dan mineral diperlukan oleh tubuh untuk mengatur metabolisme dan pencernaan, meningkatkan daya tahan tubuh, dan memelihara jaringan tubuh.

Berdasarkan hasil penelitian ini terlihat bahwa 4 (18,2%) anak baduta yang mempunyai kebiasaan makan yang kurang baik mengalami gizi kurang, 18 (81,8%) anak baduta yang mempunyai kebiasaan makan kurang dengan status gizi normal. Dalam artian, umumnya anak baduta mengkonsumsi makanan yang masih kurang. Tingkat konsumsi ditentukan oleh kualitas serta kuantitas hidangan. Kualitas hidangan menunjukkan adanya semua zat-zat gizi yang diperlukan tubuh didalam hidangan dan perbandingannya yang satu dengan yang lain. Kuantitas menunjukkan jumlah masing masing zat gizi yang dikonsumsi terhadap kebutuhan tubuh. Kalau susunan hidangan memenuhi kebutuhan tubuh, baik dari sudut kuantitas maupun kualitasnya, maka akan mendapatkan kondisi kesehatan gizi yang baik atau normal. Kalau konsumsi baik kualitas, namun jumlahnya melebihi kebutuhan tubuh dinamakan konsumsi lebih, maka akan terjadi suatu keadaan gizi lebih. Kalau susunan

hidangan tidak memenuhi kebutuhan tubuh, baik dari sudut kuantitas maupun kualitasnya, maka akan mendapatkan kondisi kesehatan gizi yang kurang baik. Juga terdapat anak baduta yang memiliki kebiasaan makan kurang tapi status gizinya normal, hal ini menunjukkan bahwa kualitas hidangan tidak memenuhi kebutuhan tubuh, namun dari segi kuantitasnya baik dalam artian sesuai dengan kebutuhan tubuh.

**e. Hubungan Frekuensi Makan dengan Status Gizi Anak Baduta**

Frekuensi makan merupakan jumlah pemberian makan kepada anak baduta dalam sehari. (Khomsan, 2004) menyatakan bahwa frekuensi makan per hari merupakan salah satu aspek dalam kebiasaan makan. Frekuensi makan ini bisa menjadi penduga tingkat kecukupan konsumsi gizi, artinya semakin tinggi frekuensi makan, maka peluang terpenuhinya kecukupan gizi semakin besar.

Menurut Suhardjo (2003) apabila frekuensi makan hanya satu atau dua kali makan setiap hari, maka konsumsi pangan terutama anak-anak mungkin sekali akan kurang baik. Begitu juga menurut Handayani (2002) bahwa salah satu aspek penting dari kebiasaan makan adalah frekuensi makan per hari, karena secara langsung akan mempengaruhi asupan zat gizi melalui konsumsi bahan makanan.

Hasil penelitian diperoleh bahwa sebagian besar frekuensi makan anak baduta termasuk kategori cukup yaitu sebanyak 62 anak baduta dan kategori kurang sebanyak 14 anak baduta, bila dikaitkan dengan status gizi diperoleh bahwa dari 62 anak baduta yang memiliki frekuensi makan cukup sebanyak



60 anak baduta (96,8%) dengan status gizi normal sedangkan dari 14 anak baduta yang memiliki frekuensi makan yang kurang terdapat 4 (28,6%) dengan status gizi kurang.

Hasil penelitian ini diperoleh nilai  $P = 0,000 < 0,05$ . Ini berarti  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, jadi, ada hubungan antara frekuensi makan dengan status gizi anak baduta. Hal ini menunjukkan bahwa semakin cukup frekuensi makan anak baduta semakin baik pula status gizinya. Dalam artian bahwa frekuensi makan sangat berpeluang untuk mempengaruhi status gizi anak baduta.

Pada penelitian ini sebagian besar (96,8%) anak baduta yang memiliki frekuensi makan cukup dengan status gizi normal. Khomsan (2004) menyatakan bahwa frekuensi makan perhari merupakan salah satu aspek dalam kebiasaan makan. Frekuensi makan ini bisa menjadi penduga tingkat kecukupan konsumsi gizi, artinya semakin tinggi frekuensi makan, maka peluang terpenuhinya kecukupan gizi semakin besar. Menurut Suhardjo (2003) apabila frekuensi makan hanya satu atau dua kali makan setiap hari, maka konsumsi pangan terutama anak-anak mungkin sekali akan kurang, baik dalam kuantitas maupun kualitas. Begitu juga menurut Handayani (2002) bahwa salah satu aspek penting dari kebiasaan makan adalah frekuensi makan perhari, karena secara langsung akan mempengaruhi asupan zat gizi melalui konsumsi bahan makanan.

Ada pula anak baduta yang memiliki frekuensi makan kurang namun status gizinya normal, sebanyak 10 anak baduta (71,4%), hal ini disebabkan

karena beberapa alasan. Alasan yang beragam diperoleh peneliti adalah : frekuensi makannya dua kali sehari tapi kuat minum susu, porsi makannya banyak dan makanannya beragam. Dengan berbagai alasan yang telah dipaparkan bahwa terdapat berbagai hal yang dapat mempengaruhi status gizi anak baduta.

**f. Hubungan Jenis Makanan dengan Status Gizi Anak Baduta**

Jenis makanan adalah keragaman makanan yang dikonsumsi anak baduta. Hasil penelitian ini diperoleh bahwa sebagian besar anak baduta mengkonsumsi jenis makanan sebanyak 58 anak baduta, bila dikaitkan dengan status gizi diperoleh bahwa dari 58 anak baduta yang memiliki jenis makanan yang cukup dengan status gizi normal sebanyak 56 (96,6%) sedangkan dari 18 anak baduta yang memiliki jenis makanan kurang dan status gizi kurang sebanyak 4 (22,2%).

Hasil penelitian ini diperoleh nilai  $P = 0,001 < 0,05$ . Ini berarti  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, jadi, ada hubungan antara jenis makanan dengan status gizi anak baduta. Hal ini menunjukkan bahwa semakin cukup jenis makanan anak baduta semakin baik pula status gizinya. Dalam artian bahwa jenis makanan sangat berpengaruh untuk mempengaruhi status gizi anak baduta.

Untuk konsumsi bahan makanan perlu menunjukkan adanya keanekaragaman. Hal ini sangat baik karena tidak satu pun jenis makanan yang mengandung semua zat gizi, yang mampu membuat seseorang untuk hidup sehat, tumbuh kembang dan produktif. Oleh karena itu, setiap orang

perlu mengkonsumsi aneka ragam makanan. Kekurangan salah satu zat gizi tertentu pada satu jenis makanan, akan dilengkapi oleh zat gizi serupa dari makan yang lain. Jadi mengkonsumsi makanan yang beranekaragam akan menjamin terpenuhinya kecukupan sumber zat tenaga, zat pembangun dan zat pengatur.

Ada beberapa anak baduta yang jenis makanannya kurang namun status gizinya normal, sebanyak 14 anak baduta (77,8%), hal ini disebabkan karena beberapa alasan. Alasan yang beragam diperoleh peneliti adalah :

1. Frekuensi makannya > 3 kali per hari
2. Porsi makannya banyak
3. Kuat minum susu

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Dari hasil penelitian mengenai Hubungan Karakteristik Keluarga dan Kebiasaan Makan dengan Status Gizi Anak Baduta di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa tahun 2012, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Tidak ada hubungan jumlah anggota keluarga dengan status gizi anak baduta di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa tahun 2012. Hal ini berarti peluang jumlah anggota keluarga sangat kecil untuk mempengaruhi status gizi anak baduta.
2. Ada hubungan pendapatan keluarga dengan status gizi anak baduta di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa tahun 2012. Hal ini menunjukkan bahwa pendapatan keluarga berpeluang untuk mempengaruhi status gizi anak baduta.
3. Ada hubungan pengetahuan ibu dengan status gizi anak baduta di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa tahun 2012. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan ibu berpeluang untuk mempengaruhi status gizi anak baduta.
4. Ada hubungan antara kebiasaan makan dengan status gizi anak baduta di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa tahun 2012. Hal ini menunjukkan bahwa kebiasaan makan berpeluang untuk mempengaruhi status gizi anak baduta.

5. Ada hubungan frekuensi makan dengan status gizi anak baduta di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa tahun 2012. Hal ini menunjukkan bahwa frekuensi makan berpeluang untuk mempengaruhi status gizi anak baduta.
6. Ada hubungan jenis makanan dengan status gizi anak baduta di Wilayah Kerja Puskesmas Minasa Upa tahun 2012. Hal ini menunjukkan bahwa jenis makanan berpeluang untuk mempengaruhi status gizi anak baduta.

## **B. Saran**

Dari hasil yang diperoleh, peneliti menyarankan beberapa hal :

1. Bagi Dinas Kesehatan Kota Makassar

Peningkatan pembinaan ke Puskesmas dalam menangani masalah gizi terutama Puskesmas yang terdapat kasus gizi kurang dan gizi buruk.

2. Bagi Puskesmas Minasa Upa

Peningkatan kegiatan penyuluhan tentang keluarga sadar gizi (Kadarzi) untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat khususnya ibu sehingga dalam penyediaan makanan dalam keluarga khususnya bagi anak baduta dapat memperhatikan aspek gizinya.

3. Bagi Masyarakat Terutama Kaum Ibu

Hendaknya para ibu mengikuti perkembangan informasi kesehatan khususnya menyangkut anak baduta baik melalui kegiatan penyuluhan maupun dari media cetak dan elektronik. Hendaknya para ibu selalu aktif mengikuti posyandu sehingga dapat diketahui perkembangan status gizi anak badutanya. Selain itu, hendaknya para ibu selalu mengingat bahwa anak adalah titipan

dari Allah swt sehingga sudah sepantasnya memperhatikan keadaan anak dalam hal ini perkembangan status gizinya.



## DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, Wiku. *Sistem Kesehatan*. Jakarta : Rajawali Pers. 2007.
- Almatsier, Sunita. 2005. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Cet, V. Jakarta : Gramedia.
- Al-Maragi, 1993. *Tafsir Al-Maragi*. Jus 28. Cet 2. Semarang : CV Toha Putra.
- Al-Tirmidziy. *Sunan al-Tirmidzi*. Juz 5. Cet. I. Riyad : Maktabah al-Ma'arif.
- Andarwati, Dewi. 2007. "*Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Status Gizi Balita Pada Keluarga Petani Di Desa Purwojati Kecamatan Kertek Kabupaten Wonosobo*". [Skripsi]. Semarang : Universitas Negeri Semarang.
- Arisman. 2007. *Gizi dalam Daur Kehidupan*. Cet. III. Jakarta : EGC.
- BPS. 2012. *Balai Pusat Statistik Makassar*. Diakses dari <http://www.anakunhas.com/2012/02/upah-minimum-kota-makassar-2012>. Diakses pada tanggal 23 Februari 2012.
- Departemen Agama Republik Indonesia. 2005. *Al-Qur'an dan Terjemahnya*, Bandung : CV. Penerbit J-ART.
- Dinkes Kota Makassar. 2007. *Profil Kesehatan Sulawesi Selatan Tahun 2007*. Dinas Kesehatan Kota Makassar : Makassar.
- Dowsher, Steven A, dkk. 2002. *Panduan Kesehatan Balita, Petunjuk Lengkap Untuk Orang Tua, Dari Masa Kehamilan Sampai Usia Anak 5 Tahun*. Jakarta : PT. Raja Grafindo Persada.
- FKM UI. 2007. *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Rajawali Pers.
- Hafidz. 2007. *Fikih Kesehatan*. Jakarta : Amzah
- Hamka. 1988. *Tafsir Al-Azhar*. Juz 30. Singapura : Pustaka Nasional PTE LTD.
- Hasni. 2010. *Hubungan Pola Pengasuhan Dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas /RS.P.I Jumpandang Baru Makassar*. [Skripsi]. Makassar : UIN Alauddin Makassar.
- Herman, Susilowati. 1990. *Penelitian Gizi dan Makanan*. Bogor : Puslitbang.
- Ibnu Majah. *Sunnah Ibn Majah*, Juz 2, jilid 5, hadis ke 3857. Cet.I. Beriut : Dar al-ji.
- Irianto, Djoko Pekik. 2006. *Panduan Gizi Lengkap dan Olahragawan*. Yogyakarta : CV. Andi Offset.

- Irianto, kus dan Kusno Waluyo. 2004. *Gizi dan Pola Hidup Sehat*. Bandung : Yrama Widya.
- Ita Purnamasari. 2009. *Hubungan pola Makan dan Asupan Zat Gizi dengan Status Gizi Anak Balita di Desa Hila Kecamatan Leihitu Kabupaten Maluku Tengah*. [Skripsi]. Makassar : UIN Alauddin Makassar.
- Khomsan, Ali. 2004. *Pangan dan Gizi Untuk Kesehatan*. Jakarta : PT. raja Grafindo Persada.
- Minarno, Liliek Hariani. 2008. *Gizi dan Kesehatan Perspektif Al-Qur'an dan Sain*. Malang : UIN-Malang Press (Anggota IKAPI).
- Moehji, Sjahmien. 2002. *Ilmu Gizi (Pengetahuan Dasar Ilmu Gizi)*. Jakarta : Bhatar Niaga Media.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : rineka Cipta.
- Novi. 2011. *Pengetahuan Gizi Ibu dan Perilaku Keluarga Sadar Gizi Kaitannya Dengan Status Gizi Balita Di Desa Paberan Kabupaten Sumenep*. [Skripsi]. Bogor : Institut Pertanian Bogor.
- Nurliasari, Atik. 2004. *Hubungan Karakteristik Rumah Tangga, Kebiasaan Makan dengan Status Gizi Anak Balita Pada Rumah Tangga Miskin Di Kecamatan Bogor Barat*. [Skripsi]. Bogor : Institut Pertanian Bogor.
- Patwa. 2011. "*Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita Pada Keluarga Nelayan di Desa Aeng Batu-Batu Kecamatan Galesong Utara Kabupaten Takalar*". [Skripsi]. Makassar : Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar.
- Puskesmas Minasa upa. 2012. *Laporan Bulanan Kegiatan Program Gizi bulan April*. Makassar : Puskesmas Minasa Upa Makassar.
- Sabri, Susanto. 2009. *Statistik Kesehatan*. Jakarta : Rajawali Pers.
- Sajogyo, dkk. 2002. *Gizi Yang Merata*. Yogyakarta : UGM Press.
- Shihab, M.Quraish. 2002. *Tafsir Al-Mishbah Pesan, Kesan, dan Keserasian Al-Qur'an*. Volume 7. Jakarta : Lentera hati.
- Soekirman. 1999. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya*. Jakarta : Departemen Pendidikan Nasional.
- Suhardjo. 1990. *Ekonomi Gizi*. Diklat Jurusan Gizi Masyarakat dan Sumber daya Keluarga. Bogor : Fakultas Pertanian, Institut Pertanian Bogor.
- Suhardjo. 2003. *Perencanaan Pangan Dan Gizi*. Jakarta : Bumi Aksara
- Supariasa, I Dewa Nyoman. 2001. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta : EGC.



## DAFTAR LAMPIRAN

Dokumentasi Penelitian

Kuesioner Penelitian

Food Frekuensi

Master Tabel

Output Frekuensi

Output Crosstabs

Struktur Organisasi Puskesmas Minasa Upa

Surat Permohonan Izin Penelitian dari Gubernur

Surat Permohonan Izin Penelitian dari Walikota

Surat Permohonan Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Makassar

Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian dari Puskesmas Minasa Upa

Riwayat Hidup Penulis



## **DOKUMENTASI**



**Wawancara dengan Responden**



**Menimbang Berat Badan Anak Baduta**



**Mengukur Tinggi Badan Anak Baduta**



**Anak Baduta**

## Chi-Square

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pendapatan keluarga * status gizi	76	100.0%	0	.0%	76	100.0%

**pendapatan keluarga \* status gizi Crosstabulation**

Count					
		status gizi			Total
		kurang	normal	lebih	
pendapatan keluarga	cukup	1	64	2	67
	kurang	3	6	0	9
Total		4	70	2	76

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16.270 <sup>a</sup>	2	.000
Likelihood Ratio	9.843	2	.007
Linear-by-Linear Association	12.135	1	.000
N of Valid Cases	76		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .24.

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
jumlah anggota keluarga * status gizi	76	100.0%	0	.0%	76	100.0%

### jumlah anggota keluarga \* status gizi Crosstabulation

Count					
		status gizi			Total
		kurang	normal	lebih	
jumlah anggota keluarga	kecil	2	53	2	57
	besar	2	17	0	19
Total		4	70	2	76

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.019 <sup>a</sup>	2	.364
Likelihood Ratio	2.321	2	.313
Linear-by-Linear Association	1.991	1	.158
N of Valid Cases	76		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .50.

ALAUDDIN  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
M A K A S S A R

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengetahuan gizi * status gizi	76	100.0%	0	.0%	76	100.0%

### pengetahuan gizi \* status gizi Crosstabulation

			status gizi			Total
			kurang	normal	lebih	
pengetahuan gizi	cukup	Count	2	69	2	73
		% within pengetahuan gizi	2.7%	94.5%	2.7%	100.0%
	kurang	Count	2	1	0	3
		% within pengetahuan gizi	66.7%	33.3%	.0%	100.0%
Total		Count	4	70	2	76
		% within pengetahuan gizi	5.3%	92.1%	2.6%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23.628 <sup>a</sup>	2	.000
Likelihood Ratio	9.245	2	.010
Linear-by-Linear Association	16.150	1	.000
N of Valid Cases	76		

a. 5 cells (83.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .08.

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kebiasaan makan * status gizi	76	100.0%	0	.0%	76	100.0%

### kebiasaan makan \* status gizi Crosstabulation

Count					
		status gizi			Total
		kurang	normal	lebih	
kebiasaan makan	cukup	0	52	2	54
	kurang	4	18	0	22
Total		4	70	2	76

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.989 <sup>a</sup>	2	.004
Likelihood Ratio	11.649	2	.003
Linear-by-Linear Association	9.442	1	.002
N of Valid Cases	76		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .58.

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
frekuensi makan * status gizi	76	100.0%	0	.0%	76	100.0%

### frekuensi makan \* status gizi Crosstabulation

Count					
		status gizi			Total
		kurang	normal	lebih	
frekuensi makan	Cukup	0	60	2	62
	Kurang	4	10	0	14
Total		4	70	2	76

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18.962 <sup>a</sup>	2	.000
Likelihood Ratio	15.197	2	.001
Linear-by-Linear Association	14.562	1	.000
N of Valid Cases	76		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .37.



### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
jenis makanan yang dikonsumsi * status gizi	76	100.0%	0	.0%	76	100.0%

### jenis makanan yang dikonsumsi \* status gizi Crosstabulation

Count					
		status gizi			Total
		kurang	normal	lebih	
jenis makanan yang dikonsumsi	cukup	0	56	2	58
	kurang	4	14	0	18
Total		4	70	2	76

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14.035 <sup>a</sup>	2	.001
Likelihood Ratio	13.150	2	.001
Linear-by-Linear Association	11.415	1	.001
N of Valid Cases	76		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .47.

## RIWAYAT HIDUP



Penulis dilahirkan di Kabupaten Soppeng, pada hari Minggu tanggal 14 Januari 1990 dari Ayah Syamsuddin dan Ibu Rosmini. Penulis merupakan anak kedua dari tiga bersaudara. Tahun 2003 penulis lulus dari SDN 156 Mong Kabupaten Soppeng, tahun 2005 lulus dari MTS As'adiyah Pi 1 Sengkang Kabupaten Wajo, pada tahun 2008 lulus dari SMAN 2 Watansoppeng Kabupaten Soppeng dan pada tahun yang sama pula lulus seleksi masuk UIN Alauddin Makassar melalui jalur PMJK (Penerimaan Mahasiswa Jalur Khusus). Penulis memilih Program Studi Kesehatan Masyarakat Peminatan Gizi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
**ALAUDDIN**  
M A K A S S A R